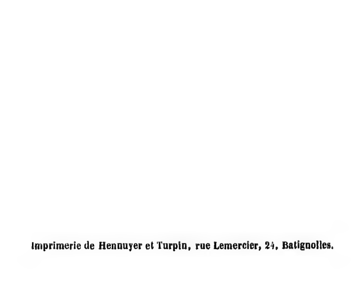
BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.


Imprimerie de Hennuyer et Turpin, rue Lemercier, 24, Batignolles.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Recueil Pratique

PUBLIÉ

PAR J.-E.-M. MIQUEL, D. M.,

CHEVALIER DE LA LÉGION-D'HONNEUR, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS A L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ, MÉDECIN DES DISPENSAIRES, MEMBRE DE LA COMMISSION DE SALUBRITÉ; RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME TRENTIÈME.



PARIS.

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,

RUE SAINTE-ANNE, N° 25.

1846

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE LA VALEUR DES SYMPTÔMES NERVEUX SOUS LE RAPPORT THÉRAPEUTIQUE.

On se fait autour de nous une idée aussi fausse que grossière de l'appareil des symptômes nerveux qui pullulent de tous côtés dans le cours et les progrès des maladies. A entendre le vulgaire des médecins et beaucoup de notabilités médicales ne se distinguant pas à cet égard du vulgaire, les symptômes nerveux n'expriment autre chose qu'une irritation palpable et matérielle de l'arbre encéphalo-rachidien, et plus spécialement des deux centres de cet arbre. Ainsi envisagés, lorsque des symptômes de ce genre interviennent dans le fort de nos affections, ces médecins se hâtent de leur opposer, ici les antiphlogistiques directs, tantôt les réfrigérants tels que l'emploi de la glace ou de l'eau froide, d'autres fois les révulsifs plus ou moins puissants, toujours un ensemble de moyens adressés exclusivement à la prétendue cause locale fixée, à ce qu'ils imaginent, ou sur les membranes du cerveau et de la moelle, ou sur la pulpe même de l'encéphale et du rachis. Ces principes, fruits surannés de la médecine localisatrice, sont réprouvés par les saines doctrines qu'il serait temps enfin de substituer aux vues systématiques des sectes médicales de ce siècle, et contraires aux vrais dogmes de la thérapeutique enseignés et pratiqués de temps immémorial par les grands médecins de tous les pays et de tous les âges. Quelques mots d'explication, avant d'aborder l'examen des symptômes dont il s'agit, feront toucher au

doigt les vices des principes reçus et les conséquences désastreuses où ils engagent la médecine. La théorie actuelle de l'origine des symptômes nerveux a pour point de départ la localisation exclusive des phénomènes sensitifs et moteurs dans la matière pulpeuse qui remplit le crâne et le canal de l'épine ; en sorte que tout ce qui se rapporte chez nous aux précieuses facultés du sentiment et du mouvement, est réputé un acte fonctionnel du cerveau et de la moelle. C'est en vain que des faits innombrables leur montrent la sensibilité et la motilité réparties à tous les organes, à tous les tissus, qu'ils subordonnent eux-mêmes tous les phénomènes de la santé et de la maladie à la sensibilité et a la motilité, qu'ils sont forcés d'attribuer ces facultés à des organes et à des appareils manifestement dépourvus de nerfs, que dans la longue série de l'échelle animale ils les rencontrent à chaque pas chez des espèces formées d'une substance homogène totalement différente de la substance nerveuse, que la classe entière des végétaux sent et se meut malgré l'absence absolue de nerfs : toutes ces difficultés et mille autres encore ne peuvent ébranler leur foi opiniâtre dans l'opinion que les centres nerveux recèlent seuls et en eux-mêmes les sources de la sensibilité et de la motilité. Voyez aussi quelles contradictions règnent dans les opinions touchant les diverses fonctions attribuées au système nerveux. Encore si ces opinions et ces contradictions se passaient seulement entre les théories des névrologistes ; mais malheureusement elles atteignent la pratique médicale et importent dans les maladies les plus graves une thérapeutique dangereuse que les ressources de la nature ne neutralisent pas toujours.

Les grands praticiens jugent plus largement et de plus haut les symptômes nerveux des maladies. Pour eux, les phénomènes sensitifs et moteurs sont inhérents à l'exercice même de la vie ; ils sont un attribut primitif, une faculté primordiale de notre condition organique : le système des nerfs n'a pas le privilége de l'engendrer ; répandue partout, elle imprègne toute notre substance ; seulement ce système a reçu, dans les êtres les plus élevés de l'échelle, l'avantage de la concentrer, d'en être le meilleur dépositaire. Aussi, ne s'en prennent-ils pas à lui de ses troubles, de ses perversions nombreuses ; ils les imputent avec bien plus de fondement aux désordres, aux aberrations du principe même de la vie. Ces préliminaires établis, on comprendra mieux la nature des symptômes nerveux dont nous allons analyser en peu de mots les caractères essentiels.

Distinguons sous ce rapport important deux grandes catégories d'affections, quelles que soient leurs formes relatives à leur siége et à la diversité des circonstances. Il y a, tous les médecins le savent, un ordre

entier de maladies sans gravité aucune, qui coïncident avec un large déploiement des forces, parcourent régulièrement leurs phases d'évolution, de progrès, de décroissement, de terminaison, et arrivent d'elles-mêmes dans le moins de temps possible à une solution heureuse et complète. Cette classe renferme la nombreuse tribu des maladies bénignes. A côté de ces affections, appelées jadis maladies d'un bon naturel, on en voit d'autres, les praticiens l'ignorent encore moins, chez lesquelles se révèle dès les premiers moments une tendance vers une terminaison funeste. Dans celles-ci, les débuts, presque toujours embarrassés et longs, s'accompagnent ordinairement d'une sensation de débilité, de mal-être et d'anxiété, expression de l'atteinte grave faite à la vie; leur marche équivoque hésite, en quelque sorte, longtemps entre les signes d'un retour à la santé et les signes d'une aggravation plus ou moins inquiétante, jusqu'à ce que, penchant décidément du mauvais côté, elles apparaissent enfin avec l'escorte des symptômes les plus compromettants, les plus terribles; leur terminaison, constamment périlleuse, s'effectue trop fréquemment d'après la tendance fatale des premiers jours, ou, si elle se fait à l'avantage des malades, elle est entrecoupée d'accidents qui en éternisent la durée et les menacent à tout instant de rechute : cette seconde classe, appelée aujourd'hui *fièvres graves*, portait jadis le nom d'affection de mauvais caractère. Dans les affections bénignes ou d'un bon naturel, les symptômes nerveux se montrent peu ou ne se montrent point du tout; au lieu qu'ils remplissent au contraire toutes les phases des affections graves ou d'un mauvais caractère. Ce n'est pas tout, indépendamment des affections caractérisées à bon droit essentiellement de bénignes ou de malignes, l'observation clinique en offre d'un autre genre qui, indifférentes, pour ainsi dire, par elles-mêmes à telle ou telle constitution, en reçoivent une bonne ou une mauvaise suivant les méthodes de traitement. Cette troisième sorte de maladies est la plus commune; nous ajoutons que c'est celle où un œil attentif apprécie le mieux la grande distance qui sépare les bons et les mauvais praticiens. Rien de plus facile à traiter et à guérir, par exemple, qu'une fièvre bilieuse. Elle cède, en général, sans difficulté à l'usage des vomitifs et des purgatifs précédés, au besoin, par l'ingestion des boissons acidules et délayantes. Mais qu'un empirique comme il y en a tant, interprétant les signes de cette fièvre dans le sens d'une inflammation des voies gastriques, entreprenne son traitement à grand renfort de saignées répétées et d'applications de sangsues, l'apyrexie mal attaquée change de condition et dégénère en fièvre adynamique ou ataxo-adynamique. Si le praticien malhabile s'obstine dans ses égarements, et qu'au lieu de juger le délire, l'altération des traits, l'abattement des forces et

les tremblements des membres, ce qu'ils sont en effet, c'est-à-dire les signes de la lésion profonde de la vie, il les estime, comme on le faisait naguère, une preuve de la propagation de l'inflammation de l'appareil gastrique à l'appareil cérébro-spinal, et qu'il poursuive sans relâche son fantôme avec des sangsues et des débilitants, il faut s'attendre à l'exaltation des symptômes nerveux et à un dénoûment fatal, à moins, ce qui est arrivé et ce qui arrive très-souvent, qu'une réaction inattendue ne relève un malade désespéré en dépit de la maladie et d'une méthode meurtrière.

D'autres cas bien plus rares aujourd'hui, et qui se voyaient jadis assez communément, seraient ceux d'une inflammation franche attaquée inopportunément par les toniques et les stimulants à outrance; ces cas-là aboutiraient par une route inverse aux mêmes résultats que les cas précédents; c'est-à-dire que les vices de la méthode employée feraient dégénérer une inflammation pure et simple en y surajoutant l'ensemble des symptômes nerveux, degrés certains d'un acheminement vers un dénoûment mortel. Il serait fort aisé de multiplier les exemples de l'accession de ces symptômes formidables dans des maladies qui n'auraient rien offert de semblable si elles avaient été soumises à un plan thérapeutique conforme à une médecine rationnelle. Mais ceux-ci nous suffisent pour nous permettre d'attacher à ces symptômes leur signification véritable. N'oublions pas pourtant de mentionner une dernière source très-importante aussi des symptômes dont nous parlons.

Les lésions organiques, quand elles ne se terminent pas subitement, conduisent dans leurs progrès à l'explosion de ces sortes de symptômes qui annoncent infailliblement l'approche de l'issue funeste. Ils n'apparaissent en effet qu'au degré le plus avancé de ces maladies, précédant de peu de jours et quelquefois de peu d'heures le moment suprême. Leur apparition marque également le terme de toutes les affections chroniques, quels que soient leur nature et leur siége. Ils annoncent ici bien plus sûrement que dans les maladies aiguës l'imminence de la terminaison fatale.

Les symptômes nerveux, on le voit, surviennent dans toutes les affections où la vie est en péril, et sont l'expression même du danger de ces affections. Ils témoignent du bouleversement des forces de l'économie et de son impuissance probable à lutter avec avantage contre le mal présent. Sans doute les organes et en particulier le centre encéphalo-rachidien s'affectent sous le coup de ces désordres, de ces anéantissements graduels; mais ces lésions matérielles ne sont pas la cause première des symptômes en question. La preuve, c'est qu'ils éclatent avec toutes les affections graves quels qu'en soient les siéges, qu'ils ne sont

pas nécessairement proportionnés à l'étendue de la désorganisation de ces centres, et que dans plusieurs rencontres ils se produisent au grand complet, quoique à l'ouverture des cadavres le cerveau la moelle et leurs enveloppes se présentent parfaitement intacts.

Ces points convenus, la thérapeutique a autre chose à faire que de s'occuper de ces lésions imaginaires à l'apparition des symptômes nerveux. Ce qui importe surtout en pareille occurrence, c'est de remettre l'organisme en voie de résister aux progrès d'une affection menaçante, en combattant de tout son pouvoir les causes réelles de cette affection. Or, ici l'esprit de système échoue devant le besoin de se bien pénétrer de la nature de l'affection à combattre, et ce besoin ne peut être satisfait qu'en se rendant maître de ces principaux éléments. Revenons, pour mieux saisir les devoirs des praticiens dans des conjonctures aussi critiques, aux exemples que nous avons cités précédemment.

Les affections de mauvais caractère tiennent trop souvent à des états morbides au-dessus de toutes les ressources. Cependant les médecins habiles en triomphent quelquefois, grâce à leur sagacité et à leur expérience. Ici, le point capital c'est de ménager, de soutenir les forces générales, tout en travaillant à prévenir ou à résoudre par les moyens appropriés les altérations locales concomitantes. La pire chose dans ces affections, c'est d'insister sur les émissions sanguines; et on se trouve beaucoup mieux, en général, de l'emploi des toniques. Le quinquina surtout y a toujours réussi, manié par des mains prudentes, soit pour le placer à propos, soit pour en ménager la dose. On l'associe souvent à d'autres agents : tels que le camphre, le nitre, le musc et l'acétate d'ammoniaque. Laissez les systématiques se récrier contre l'action de ces médicaments; et croyez-en plutôt l'expérience de tous les bons médecins qui ne reculent jamais devant leur administration dès qu'ils en ont saisi l'indication. Au surplus, il y a dans les affections de cette classe une distinction capitale : leurs symptômes menaçants révèlent en général deux formes principales. Chez les uns, le danger le plus imminent vient de l'épuisement, de la prostration : ces cas comprennent les affections dites adynamiques. Contre cette espèce, associez à propos le quinquina et les stimulants; soutenez, excitez les forces tout en éloignant les points de concentration : c'est la seule méthode thérapeutique plausible. Chez d'autres, l'adynamie est moins frappante que le désordre, le tumulte dans les phénomènes de l'innervation : ceux-ci réclament moins immédiatement la méthode tonique et excitante; ce qu'ils exigent avant tout, ce sont les antispasmodiques, le camphre, le musc, les potions éthérées, l'opium. Remarquez néanmoins que peu d'affections malignes se présentent exclusivement sous la forme adynamique ou

sous la forme ataxique. La plupart offrent, au contraire, à différents degrés et dans divers moments, la combinaison variable de l'adynamie et de l'ataxie : aussi, les praticiens associent-ils généralement dans ces affections les toniques et les antispasmodiques. Telle est la méthode, tels sont les agents dont on tire le meilleur parti dans les affections de mauvais caractère.

On se règle par d'autres principes dans les affections dégénérées d'un état pathologique peu grave primitivement. Dans celles-ci tous les efforts tendent à les ramener dans les voies d'où elles se sont écartées faute d'un traitement convenable. Les affections ainsi dégénérées n'abandonnent guère qu'aux derniers moments leurs caractères primordiaux et essentiels. Les affections bilieuse, catarrhale ou inflammatoire restent jusqu'au bout ce qu'elles étaient au commencement. Seulement leurs symptômes s'aggravent, se compliquent, et il s'y joint les signes nerveux, indice de leur dégénération. La pratique enseigne à cet égard à subordonner la considération des caractères surajoutés à celle de la nature de l'affection primitive ; à adresser conséquemment à leurs symptômes nerveux la même méthode réclamée pour cette affection. C'est ainsi qu'on en vient à bout dans les affections inflammatoires, en poursuivant résolument l'inflammation générale ou locale, comme on en vient à bout dans les affections bilieuses et catarrhales, en combattant sans relâche les éléments de ces affections. Les groupes de leurs symptômes nerveux ne sont qu'accessoires : on les efface aisément lorsqu'on maîtrise à temps l'affection principale.

FUSTER.

DE LA STABILITÉ DES PRINCIPES THÉRAPEUTIQUES, SPÉCIALEMENT DANS LA CURE DES HYDROPISIES.

Un fait bien remarquable dans l'histoire de notre science, c'est l'antagonisme qui, de tout temps, a régné entre les prétentions du dogme et celles de la pratique ; le premier s'efforçant toujours de dominer la seconde, qui, à son tour, affecte de se soustraire à son empire. Cette lutte se révèle non-seulement dans les dissidences de praticiens à praticiens, mais encore dans les procédés du même observateur. On a raison de dire qu'il y a deux hommes dans Hippocrate : le théoricien et l'observateur. En effet, nous le voyons dans ses œuvres dogmatiques édifier des systèmes ayant pour base l'autocratie de la nature, la primitivité des lésions humorales, etc. ; dans ses œuvres pratiques, au contraire, on le voit observer pas à pas les phénomènes des maladies, et les décrire abstrac-

tion faite de toute théorie. Il en est de même de Sydenham, de Stoll, de tous les grands observateurs en un mot. C'est que, en y regardant de près, il est évident qu'il y a du vrai dans ces prétentions de la théorie et de la pratique ; il n'y a de faux que l'empire exclusif que chacune d'elles voudrait s'arroger ; car s'il est vrai de dire, en thèse générale, que la thérapeutique doit être basée sur la nature intime, sur la cause formelle de la maladie, il n'est pas moins vrai que, lorsque cette nature, cette cause nous échappent, ou bien, lorsque nous les interprétons arbitrairement, comme souvent il arrive, ou bien encore lorsque par leur essence elles échappent à nos moyens d'action, force nous est de nous rejeter sur des éléments secondaires, ou même, trop souvent, d'en référer à l'observation brute des effets parfois fortuits de nos médications.

Une autre considération non moins affligeante pour l'art, c'est le retour perpétuel à ce que nous appellerions volontiers *le grand chemin de la pratique*, malgré l'espoir sans cesse renaissant et toujours déçu que font naître les prétendues inventions journalières de remèdes et de formules dont chacun, au dire de l'inventeur, serait un ineffable bienfait, une véritable panacée ; et toujours, cependant, l'illusion suit de près ; ce qui ne corrige nullement certains journalistes, naïfs propagateurs des drogues éphémères, ni le commun des praticiens, toujours prêts à s'emparer de toute recette nouvelle ; pareils à ces sectaires qui rêvent sans cesse, et toujours en vain, la venue du vrai Messie. La raison de tout cela, c'est que tout le monde, trompeurs et trompés, y trouve son profit : l'inventeur, car on a parlé de lui à propos de son remède ; le praticien, car il lui faut à lui toujours de nouveaux moyens qui satisfassent l'inconstance du public, tout en glorifiant le génie et la fécondité de l'artiste. Les seules dupes, dans tout cela, ce sont les pauvres malades :

« Quidquid delirant reges plectuntur Achivi. »

Mais ceci pourrait paraître de la misanthropie ou de la médisance sans motif, si nous ne produisions quelques exemples de fraîche date. On a prétendu dans ces derniers temps appliquer le quinquina au traitement du rhumatisme, de la fièvre typhoïde, etc. ; mais bientôt ont surgi des réclamations qui trouvaient que cette tentative n'était pas la première, et quelques malheurs ont promptement révélé la cause probable du juste oubli dans lequel cette méthode était tombée. Mais au moins les modernes peuvent-ils se glorifier d'avoir découvert la cause de l'efficacité prétendue du quinquina, lequel jouirait, disait-on, de propriétés sédatives, contro-stimulantes, etc. Eh bien ! cette théorie même se trouve nette-

ment formulé par un auteur du dix-septième siècle, cité par Morton : « Le célèbre Roch Casatus, dit-il, appliqua le quinquina au traitement des fièvres, soupçonnant qu'il comporte une nature froide et narcotique: » ce qui est tout à fait gratuit, ajoute Morton. (*De febrib.*, cap. VII.)

Il en est de même de l'opium à haute dose, dont l'invention paraîtrait appartenir tout simplement à Dower ; ce dont ne se doutent pas même les académiciens, qui prétendaient dernièrement que Dower n'est connu que par sa poudre, tandis qu'il est l'auteur d'un petit livre des plus curieux (*Legs d'un Médecin*). Ce qu'il y a de singulier, c'est que cette formule de l'opium à haute dose résulte de la manière même dont Dower administrait sa poudre, qu'il donnait à la dose journalière de quarante à soixante-dix grains, ce qui ne représente pas moins de quatre à sept grains (20 à 35 centigr.) d'opium. Mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit ici.

Les considérations qui précèdent nous sont inspirées par ce que nous avons vu et voyons se passer à l'égard des hydropisies et de leur traitement. Certes, tous les hommes au courant de la science sont aujourd'hui d'accord sur la nécessité d'avoir égard aux causes très-variées de la suffusion séreuse ; mais il n'en est pas moins vrai que ces causes, alors même qu'elles nous sont connues, échappent presque toujours à nos moyens de traitement : témoin les hydropisies par dégénérescence du foie, par hypertrophie du cœur, par néphrite albumineuse, etc. ; et, lorsque nous avons tout fait pour modifier ces causes, nous nous voyons obligés de nous retrancher dans le traitement de l'élément hydropisie; et, pour cela, nous sommes forcés de recourir aux moyens que nous a transmis l'art ancien. Ce n'est pas que de temps en temps, depuis quelques années, n'aient surgi certains remèdes, empiriques ou rationnels, qui nous ont fait concevoir la fugitive espérance de tenir enfin le spécifique de cette désolante affection ; mais de ces prétendus spécifiques, les uns sont promptement tombés dans l'oubli, tels sont l'écorce de racine de kaïnça, l'iode, l'acupuncture ; les autres ne sont que des inventions renouvelées; tels sont la compression, le suc d'écorce de racine de sureau, le lait, les mercuriaux, le sulfate de quinine, etc. ; et tous rentrent, par leur action, dans les principes éternels de la science, ne sont que des succédanés de remèdes dont l'action est connue. Il faut pourtant convenir qu'en trouvant ou retrouvant de nouveaux remèdes on peut créer de nouvelles armes pour certains cas spéciaux, ou servir la pratique en variant ses ressources; ce que nous voulons, c'est faire justice des prétentions exagérées des novateurs ou régénérateurs. Après tout, il faut que l'illusion soit bien puissante, puisque les esprits les plus éminents ne peuvent toujours s'en garantir. Sydenham raconte qu'ayant guéri une femme

hydropique en lui donnant chaque jour une once de sirop de nerprun, il crut un instant avoir trouvé le spécifique de l'hydropisie. « Comme j'étais jeune et sans expérience, dit-il, je m'imaginai, mal à propos, que j'avais dans le sirop de nerprun un remède capable de guérir toutes sortes d'hydropisies; mais je ne fus pas longtemps sans être désabusé de mon erreur. » (*Méd. prat.*, pag. 493, trad. de Jault.)

N'allons pas croire, pourtant, que les anciens fussent totalement privés de notions positives sur la nature réelle des hydropisies. Ils connaissaient les hydropisies par altération du sang, cela va sans dire ; et Galien, entre autres, dit très-bien : « *Aqua inter cutem fit cum san-* « *guinis generatio frustratur.* » Celse, en parlant des hydropisies par affection du foie, ajoute : « *Non hujus visceris unius hoc vitium est,* « *nam et splene affecto et in totius corporis malo habitu fit.* » (*De re medica.*) L'hydropisie, par obstacle mécanique au cours du sang, fut constatée du moment où Lower (de Corde) et, après lui, Valsava, au rapport de Morgagni, eurent observé l'œdème consécutif à la ligature de quelques troncs veineux, aperçu fécondé par M. Bouillaud. L'hydropisie active de Breschet a été parfaitement décrite par Stoll, qui dit : « J'en observai une certaine espèce qui a bien été décrite par-ci, par-là, mais qui est peu connue dans la pratique et que, par cette raison, on traite quelquefois fort mal. Voici ce que j'appelais hydropisie pléthorique : ses causes étaient presque l'opposé de celles des autres hydropisies, c'est-à-dire la pléthore, d'où il arrivait que les vaisseaux sanguins trop distendus laissaient échapper facilement la partie aqueuse qu'ils avaient ensuite peine à reprendre, etc. » (*Méd. prat.*, t. III.) Il y a plus, Arétée, qui a dit : « *Hydroses morborum omnium vitium,* » le vieux Arétée a décrit l'hydropisie hydatidaire en ces termes : « De petites et nombreuses vésicules pleines de liquide se rencontrent parfois là où l'ascite se produit ; d'autres fois, elles nagent dans une grande quantité de liquide. » (*De morb.*, lib. II, cap. I.) Mais voilà qui est plus étonnant encore : Hippocrate lui-même paraîtrait avoir entrevu l'albuminurie, à en juger par cet aphorisme : « Ceux dans les urines desquels des ***bulles surnagent et persistent*** sont atteints d'affection des reins et sont longtemps malades. » (Sect. VII, aph. 34.) Or, on sait que les bulles persistantes indiquent l'état albumineux des urines.

Sans donner trop d'importance à ces aperçus, on voit que le diagnostic différentiel des hydropisies n'était pas complétement ignoré des anciens. On trouve également qu'ils ne traitaient pas toutes les hydropisies de la même manière, et qu'ils saisissaient assez bien les cas où il convient de saigner au lieu de purger, etc. D'où vient donc que la tradition nous a transmis un traitement univoque et classique de l'hydro-

pisie abstraitement considérée? C'est que, probablement, nos anciens avaient reconnu, eux aussi, que le traitement adressé à la cause était le plus souvent impuissant ou impossible. Eh bien! c'est précisément à cela que nous voulons en venir; mais, auparavant, voyons ce que l'antiquité a produit de découvertes prétendues modernes. Il y aurait un livre intéressant à faire sous le titre de *Nova renovata*. Nous avons déjà vu où en étaient les anciens à l'égard de l'étiologie; quant au diagnostic, Arétée le réduit à une formule qui résume à peu près tous les procédés modernes. La voici: « *Signa visui*, tactui et auditui *facillime patent*. » Voici donc la palpation et, notamment, l'*auscultation* explicitement indiquées. Il est probable que l'auteur fait allusion ici à la succussion hippocratique. Celse indique positivement la *mensuration*, et recommande de tenir compte de la quantité relative des boissons et des urines. Quant au pronostic de l'hydropisie, sa gravité a été, de tous temps, reconnue, et Arétée va jusqu'à dire que la guérison relève plutôt de Dieu que des médecins; ce qui rappelle cette sentence de Camper, que « l'hydropisie est plutôt un signe de mort qu'un signe de maladie. » Mais c'est surtout de thérapeutique qu'il faut nous occuper.

A part les purgatifs et même les saignées dont l'opportunité est établie par la plupart des anciens et par Hippocrate lui-même, bien que les évacuations sanguines aient été blâmées par Celse et Galien, on retrouve dans l'antiquité bon nombre de méthodes usurpées par les modernes. Asclépiade, et Celse après lui, insistent sur la nécessité de l'*abstinence des boissons*: « Balneum atque omnis humor alienus est », dit ce dernier; principe consacré même par les poëtes:

« Sæpe indulgens siti crescit dirus hydrops. »

mais principe trop absolu, cruel d'ailleurs et blâmé par beaucoup d'observateurs.

Le même Celse attribue à un certain Tharria l'invention de la *compression*: « On place sur le ventre, dit-il, une triple étoffe que l'on serre modérément avec une bande. » Voilà déjà quelques nouveautés d'une antiquité fort respectable.

Mais passons sur cette haute antiquité dans laquelle, comme dans le fumier d'Ennius, vous voyez qu'on peut trouver des perles. Arrivons d'emblée à cette époque du dix-septième siècle, si glorieuse pour l'art, époque où domine la grande figure de l'illustre Sydenham, dont on parle beaucoup, et que l'on ne connaît guère. A cette période, appartient l'introduction de la *ponction* comme moyen curatif. Cependant elle était peu pratiquée du temps de Sydenham; ce sont les chirurgiens, et Scharp principalement, qui, depuis, l'ont mise en vogue.

Néanmoins, Sydenham la proscrivit, conjointement avec les scarifications et les vésicatoires, conformément, sans doute, à l'aphorisme d'Hippocrate : « Hydropis ulcera non facile sanantur. » (Sect. vi, aph. 8.) Or, Sydenham n'est pas le seul qui ait articulé cet anathème : « Tous ceux qui ont subi la paracentèse, et j'en ai connu beaucoup, « sont morts peu de temps après l'opération, dit Lister (*De hydrope.*) » « Je suis surpris, dit Dower, que la paracentèse soit si fort en usage « pour cette terrible maladie ; je serais fort aise de savoir s'il y en a un « entre cent qui ait guéri par cette voie. » Je serais, pour ma part, autorisé à poser la même question, car sur un bon nombre de ponctions que j'ai pratiquées, ou vu pratiquer depuis plus de vingt-cinq ans, je n'ai vu guérir qu'un individu que j'opérai il y a trois ans, pour une ascite par péritonite latente. Un autre sujet, que je croyais avoir guéri par la ponction d'un kyste de l'ovaire, est revenu se faire opérer de nouveau quatre ans après ; et combien en ai-je vu périr à la suite ou par le fait même de l'opération ! Cependant n'exagérons pas et réservons la ponction, sinon comme moyen curatif, au moins comme palliatif nécessaire en cas d'urgence. Quant aux scarifications, j'ai publié ailleurs le fait suivant, que je reproduis ici à cause de sa singularité. En 1841, appelé à donner des soins au général C..., conjointement avec deux habiles confrères, nous trouvâmes, un soir, le malade qui était affecté d'une énorme anasarque par maladie du cœur, nous le trouvâmes, dis-je, dans un état d'agonie confirmée : perte de connaissance, face décomposée, sueurs froides, pouls filiforme, râle trachéal, et nous jugeâmes tous trois qu'il n'avait plus que quelques instants à vivre. Cependant, par forme d'essai, je conseillai, et nous pratiquâmes quelques scarifications sur les membres inférieurs, et nous quittâmes le malade annonçant à la famille qu'il allait expirer. Le lendemain matin, quel fut mon étonnement lorsqu'on vint me dire que le général voulait me voir. J'y courus et le trouvai complètement *ressuscité*. Les scarifications avaient coulé avec une telle abondance que la couche était traversée. Graduellement la connaissance était revenue, la peau s'était réchauffée, le pouls s'était relevé, la respiration s'était dégagée. Les cuisses avaient considérablement diminué de volume ; le malade ne conservait aucun souvenir de son agonie. Il n'en mourut pas moins réellement huit jours après. Je possède quatre ou cinq cas de résurrection semblable dans diverses maladies. Mais par contre, combien de fois n'avons-nous pas vu les scarifications n'apporter que très-peu de soulagement, s'ulcérer, se gangréner et hâter la mort !

Sydenham a bien posé les conditions du pronostic et des indications curatives : « Dans l'hydropisie à certain degré, dit-il, tous les re-

« mèdes, selon moi, sont inutiles. Néanmoins, comme on ne peut sa-« voir au juste quel est le degré de lésion des viscères, le médecin doit « faire tous ses efforts pour guérir la maladie. » Et plus loin : « L'hy-« dropisie est guérissable, pourvu toutefois, que les viscères ne soient « pas endommagés. » (P. 507-8.) Nous faisons observer que cette dernière condition n'est pas indispensable : nous avons guéri beaucoup d'hydropisies où *les viscères étaient endommagés ;* mais nous n'avons guéri que l'hydropisie actuelle, sans préjudice de la réeidive. Mais revenons à la critique historique des remèdes prétendus nouveaux.

On se rappelle le bruit que fit, il y a quelques années, l'annonce de l'efficacité de la *seconde écorce de sureau*; or, voilà ce qu'en dit Sydenham: « Il y a un autre remède *assez connu*, qui guérit l'hydropisie en excitant « le vomissement et les selles, comme fait le safran des métaux : prenez « trois poignées d'écorce intérieure de sureau que vous ferez bouillir dans « une pinte d'eau et autant de lait mêlés ensemble, et que vous rédui-« rez à moitié pour deux prises ; le malade en prendra une le matin et « l'autre le soir, continuant ainsi tous les jours jusqu'à la guérison. » Et il ajoute : « Ce remède ne guérit l'hydropisie qu'en purgeant par haut « et par bas, et *nullement par une vertu spécifique.* » (*Loc. cit.*, p. 502.)

M. Rayer a mis en vogue la *décoction de raifort sauvage* contre l'hydropisie avec urines albumineuses. Ce savant praticien ne prétend point à l'invention, sans doute, mais il suffit qu'un homme célèbre préconise un remède pour que le public l'en croie l'inventeur ; or, Sidenham dit encore, en parlant de l'hydropisie : « Lorsque j'ai eu à traiter des « pauvres, je leur ai donné pour boisson ordinaire et pour tout remède, « de la bière forte où l'on avait mis infuser une suffisante quantité de « racine de raifort sauvage. » (P. 505.) Et, pour le dire en passant, il ne nous a pas paru que ce diurétique eût un avantage très-marqué sur les autres, chacun d'eux pouvant se montrer le plus efficace dans un cas indéterminé. Ceci me rappelle qu'un jour on vint m'annoncer qu'un malade affecté d'albuminurie ayant pris de l'infusion de genièvre, l'albuminurie avait disparu du jour au lendemain. Bien qu'acceptant avec incrédulité un fait aussi extraordinaire, je donnai l'infusion de genièvre à plusieurs de mes malades qui ne s'en trouvèrent pas mieux.

Le *bain de vapeur* qui, dans ces derniers temps, a procuré quelques succès, est un moyen usité de toute antiquité dans l'hydropisie. Il en est de même du *régime lacté* qui, de tous temps, fut réputé pour guérir une foule de maux, y compris l'hydropisie contre laquelle Chrétien, de Montpellier, a préconisé le lait, il y a quinze ans, sans que ce remède ait soutenu sa haute réputation, etc., etc.

Si nous voulions déduire le corollaire de nos expériences multipliées sur toutes les espèces de médications applicables à tous les genres d'hydropisie, nous serions conduits à poser en principe général que, quelle que soit la cause de l'hydropisie, si cette cause ne peut être enlevée directement, les mêmes traitements sont applicables à toutes les suffusions séreuses. Ainsi, pour nous, il n'est aucune différence fondamentale à établir entre les traitements indiqués dans les hydropisies par maladie du cœur, par obstruction chronique du foie ou de la rate, par altération confirmée des reins, par cachexie tuberculeuse ou cancéreuse, etc.; en d'autres termes, toutes les fois que la cause elle-même est indestructible, c'est à l'élément ou symptôme épanchement qu'il convient de s'adresser; c'est-à-dire que vous avez à choisir entre tous les moyens usités contre l'hydropisie en général.

En résumé, dans l'état actuel de la science, le traitement d'une hydropisie quelconque renferme deux indications fondamentales : 1° combattre la cause; 2° combattre l'épanchement. Or, comme la première indication est trop souvent inexécutable, reste presque toujours la seconde, qui comprend 1° l'emploi des saignées, des émollients, du lait, s'il s'agit d'une hydropisie aiguë, active, sthénique, avec réaction; 2° l'usage des toniques et stimulants restaurants, lorsqu'il s'agit d'hydropisie chronique, froide, asthénique, sauf symptômes réactionnels; 3° l'essai des stimulants spéciaux des divers émonctoires : diurétiques, purgatifs, sudorifiques, sialagogues, exutoires, moyens auxquels il faut joindre l'abstinence des boissons, la compression, etc., lorsqu'on veut obvier *par antagonisme* à l'épanchement, sans égard pour la cause; 4° l'application des moyens évacuants directs : scarifications, acupuncture, paracentèse, etc., lorsqu'on veut procurer une issue directe aux liquides épanchés. Quant aux spécifiques proprement dits, il n'en existe pas pour l'hydropisie, comme l'a fort bien dit Sydenham, ou du moins, il ne peut en exister que pour chaque cas particulier, lorsque la perspicacité du praticien et, plus souvent, le tâtonnement lui font découvrir l'agent curatif particulier; et encore, si l'on y fait attention, on verra que le remède, quand il réussit, ou bien ne s'adresse point précisément à l'hydropisie, mais à sa cause particulière, ce qui le fait rentrer dans les médications rationnelles, ou bien que son action ressemble à celle des remèdes usités contre l'épanchement, c'est-à-dire qu'il est diurétique, purgatif, etc. Exemple : une hydropisie est la conséquence plus ou moins directe d'une fièvre intermittente prolongée; le sulfate de quinine la guérit : il est évident que le remède agit ici contre la cause. Un autre épanchement se trouve lié aux scrofules, à la syphilis invétérée; les composés d'iode, de mercure en procurent la résolution. C'est encore

la cause que vous avez combattue. Dans un autre ordre de faits, c'est le raifort sauvage, le genièvre, la scille, la digitale, les pilules de Bontius, de Bacher, l'écorce de sureau, le kaïnça, le colchique qui procurent la guérison de l'épanchement ; il est évident que c'est par leur action diurétique ou purgative que ces remèdes ont triomphé. Quant aux remèdes excentriques, soustraits à toute interprétation, qu'on voit surgir de temps en temps, tels que la poudre de Pihorel, l'acide nitrique, etc., ce sont des produits d'hallucinations oubliés aussitôt que mis au jour et qui, en définitive, ne peuvent réussir que par un des mécanismes exposés ci-dessus.

De tout ce qui précède il résulte que les principes de l'art, spécialement en ce qui concerne la thérapeutique des hydropisies, sont à peu près immuables ; que l'esprit humain gagne peu de chose à s'agiter sans cesse dans ce cercle fatal ; que pour un pas fait en avant, il en est mille faits en arrière ou sur place ; que la plupart de nos conquêtes ne sont, en définitive, que des acquisitions de détail qui peuvent multiplier nos ressources, nous rendre plus subtils dans les moyens d'attaque et de défense, mais sans rien changer aux bases fondamentales de la stratégie médicale posées par les génies des siècles passés.

FORGET,
professeur de la Faculté de Strasbourg.

CONSIDÉRATIONS SUR LES CAUSES, LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE LA GLUCOSURIE, OU DIABÈTE SUCRÉ.

Par M. VALLEIX, médecin de l'Hôtel-Dieu. Annexe.

Avant d'entrer dans les détails pratiques des diverses questions que je me propose de traiter dans cet article, je dois dire dans quelle pensée et dans quel but j'ai entrepris ce petit travail.

Si, pour avoir le droit de présenter des considérations étiologiques et thérapeutiques sur une maladie, il fallait nécessairement avoir fait sur elle des observations nombreuses, je devrais m'abstenir, je l'avoue, et je m'abstiendrais. Je laisserais à ceux qui ont eu l'occasion de voir et de suivre fréquemment des diabétiques, le soin d'instruire le public médical sur la grave affection dont il s'agit ici. Je n'ai pu, en effet, observer qu'un petit nombre de cas de ce genre, et assez seulement pour me mettre à même d'apprécier les diverses théories émises sur la production de la glucosurie, ainsi que la valeur des traitements proposés.

Mais il est certaines questions pathologiques qui intéressent la science

et la pratique au point que chaque médecin a les motifs les plus pressants de connaître les discussions qu'elles soulèvent, et la manière dont elles sont résolues de part et d'autre. Or, tel est principalement le cas de la glucosurie, ou diabète sucré. On a tant varié, depuis quarante ans, sur cette maladie, que le praticien doit être assez embarrassé dans les cas qui peuvent s'offrir à lui, et, d'un autre côté, nous avons fait tout récemment de tels progrès dans la connaissance de l'affection et dans la manière de la traiter, conséquence naturelle de ces progrès, que je ne croirai pas être sans utilité aux lecteurs de ce journal, en leur communiquant ce qu'un examen attentif des faits cités par les auteurs et de leur manière de les interpréter, m'a appris sur ce sujet important. J'ajoute toutefois que, si je n'ai pas recueilli un nombre suffisant de faits pour présenter une histoire de la maladie d'après ma propre expérience, j'en ai vu assez pour vérifier tout ce qui va être dit, et pour apprécier à leur juste valeur les théories pathogéniques ainsi que les préceptes thérapeutiques, et qu'en outre, j'ai assisté aux expériences les plus importantes faites dans le laboratoire.

Ce préambule était nécessaire pour faire bien comprendre que je ne veux, en aucune manière, m'attribuer l'honneur qui revient aux habiles observateurs et expérimentateurs qui, dans ces dernières années, ont fait de la glucosurie l'objet de leur étude, et je m'empresse de dire ici qu'il n'en est aucun qui ait fait autant pour cette étude que MM. Bouchardat et Mialhe. Le premier a entrevu la théorie réelle de la glucosurie; et le second l'a présentée d'une manière si complète et si satisfaisante pour l'esprit, qu'il est permis, autant qu'il est donné à l'homme de le faire, de la regarder comme fermement établie sur la base solide des faits. M. Mialhe ne tardera pas à publier, avec tous les détails nécessaires, le résultat de ses recherches; en attendant, les praticiens ne recevront sans doute pas sans plaisir une communication un peu explicite des faits importants que possède déjà la science, car ces faits ne sont pas encore suffisamment connus, et cependant ils peuvent servir de guides dans le traitement d'une affection très-grave et qui, sans pouvoir être rangée parmi les maladies fréquentes, est beaucoup moins rare qu'on ne le croit communément.

Étiologie. Je n'ai pas l'intention, comme on peut bien le penser, d'exposer ici, en détail, les diverses causes qui ont été attribuées à la glucosurie; ce n'est pas, en effet, une description de la maladie que je me suis proposé de tracer. Ce que je veux faire connaître, c'est l'état actuel de la science sur un des points les plus importants, c'est-à-dire sur la manière dont on doit comprendre que se produit la glucosurie; en d'autres termes, je veux indiquer les conditions organiques né-

cessaires pour que le sucre soit rendu avec les urines. L'ensemble de ces conditions organiques n'est autre chose que la théorie du diabète sucré, de laquelle découle le traitement, et qui a, par conséquent, une grande importance pratique.

On ne peut plus aujourd'hui se contenter de dire comme Cullen, que la glucosurie est le résultat d'une aberration des forces assimilatrices. Le fait n'est pas douteux ; mais il n'explique rien. La gastrite chronique et l'irritation des reins, regardées par M. Dezeimeris comme les causes organiques de la maladie, ne peuvent plus être admises aujourd'hui. L'estomac des diabétiques contient beaucoup d'acides, il en résulte certains troubles de la digestion ; mais ce n'est pas là une gastrite chronique, et nous verrons plus loin comment s'explique la présence de ces acides. La suppression de l'urée, ou sa transformation en sucre, n'est pas soutenable, puisque des expériences concluantes et nombreuses ont prouvé que l'urée n'a pas disparu de l'urine des glucosuriques. Dans les opinions de Rollo, de Richter, de Clarke, de Marsh, il y a quelque chose de vrai ; mais il s'en faut de beaucoup qu'on y trouve une théorie complète et satisfaisante. Le premier admettait une suroxydation des humeurs. Or, nous allons voir que M. Mialhe a démontré que dans l'état normal le sucre de fécule, résultant de la transformation des matières amilacées et porté dans le torrent de la circulation par l'absorption, se trouve transformé dans le sang en matière désoxygénante au plus haut degré, que chez les diabétiques cette transformation n'a pas lieu, et que par conséquent la substance désoxygénante ne se produisant pas chez eux, il est naturel d'en conclure que les humeurs sont suroxygénées. Mais pourquoi la transformation dont il s'agit n'a-t-elle pas lieu ? Quelles sont les causes déterminantes de cette non-transformation ? Quelles en sont les conséquences immédiates ? C'est là ce que Rollo ne nous apprend pas, et si ces documents nous manquent, il n'y a plus de théorie, il n'y a plus que l'énonciation d'un fait à peu près stérile. Les docteurs Richter, Clarke et Marsh ont parlé de la dépravation de la transpiration cutanée ; mais, d'une part, ce mot de dépravation n'est pas juste, puisqu'il s'agit seulement d'une suppression, sur laquelle Hufeland a beaucoup insisté ; et, de l'autre, ce n'est pas là une théorie de la glucosurie, car il reste à expliquer comment cette suppression de la sueur produit cet état de l'organisme d'où résulte le passage du sucre dans les urines.

M. Bouchardat a été bien plus loin que ses devanciers. Cet habile expérimentateur a commencé par constater que le sucre se trouve tout formé dans l'estomac chez les diabétiques, ce que Rollo et le docteur Mac-Grégor avaient déjà indiqué ; puis, allant plus loin que ces auteurs,

il a attribué cette transformation de la fécule en sucre à l'existence d'un principe analogue à la diastase qui placerait les glucosuriques dans des conditions particulières. M. Bouchardat a, en outre, démontré que la quantité de sucre rendu par les urines est en raison directe de la quantité des aliments féculents ingérés dans l'estomac ; puis, recherchant le point de départ de la maladie, il l'a placé dans la suppression de la sécrétion acide de la peau, suppression qui rend acide la sécrétion intestinale, et détermine, selon lui, la présence de la substance particulière qui transforme l'amidon en sucre. Il y a dans cette théorie, comme on le voit, des aperçus nouveaux qui ne sont pas, à beaucoup près, sans importance, et le principal est, sans contredit, l'existence de ce *principe analogue à la diastase*. Mais, nous ne trouvons encore là rien de complet, et nous y découvrons, au contraire, des obscurités que M. Bouchardat reconnaît lui-même, car il est loin, comme on peut s'en assurer en lisant sa *Monographie du diabète sucré*, de regarder sa théorie comme satisfaisante sur tous les points. Je pourrais, dès à présent, montrer ce qui manque à cette théorie, mais je serai mieux compris quand j'aurai fait connaître celle de M. Mialhe, qui me paraît ne rien laisser à désirer.

M. Mialhe commence par établir que pendant la mastication, les matières amilacées se transforment nécessairement en sucre de fécule, et cela à l'aide de la diastase même. Il a, en effet, démontré l'existence de la diastase dans la salive, de telle sorte qu'il suffit que les aliments féculents soient mastiqués et insalivés pour être transformés en sucre. Il n'est donc plus étonnant que Rollo, MM. Mac-Gregor et Bouchardat aient trouvé le sucre tout formé dans l'estomac, et voilà déjà une bien grande différence entre la manière de voir de ce dernier et celle de M. Mialhe que j'expose ici. M. Bouchardat pensait que chez les diabétiques seuls il existait une substance analogue à la diastase, qui transformait la fécule en sucre ; M. Mialhe a prouvé que chez l'homme sain comme chez l'homme malade cette transformation a nécessairement lieu ; bien plus, chez les diabétiques, la salive étant plus rare, la transformation est plus difficile, parce que la diastase est moins abondante. Il est vrai que lorsque les aliments arrivent dans le commencement de l'intestin, le fluide pancréatique achève la transformation, et c'est M. Bouchardat lui-même, qui, expérimentant avec M. Sandras, a trouvé dans la sécrétion du pancréas ce principe que M. Mialhe a découvert dans la salive.

Voilà donc un premier fait bien important : il suffit que les aliments féculents soient mastiqués, insalivés et ingérés, pour être transformés en une substance sucrée qui est ensuite absorbée, et par conséquent

portée dans le torrent de la circulation. Comment se fait-il donc que chez certains individus ce sucre soit rejeté par les urines, tandis que chez la presque universalité rien de semblable n'a lieu? L'explication de ce fait est un des points les plus importants de la théorie de M. Mialhe. Il a en effet constaté que le sang qui, à l'état normal, a un haut degré d'alcalinité, devient chez les glucosuriques trop peu alcalin, neutre, ou même acide. Or, des expériences très-simples et très-concluantes prouvent que, sous l'influence des alcalis, le sucre de fécule est transformé en une matière particulière dont la propriété désoxygénante est démontrée par l'énergie avec laquelle elle désoxyde le deutoxyde de de cuivre, le peroxyde de plomb, etc. ; et c'est là précisément la transformation que subit le sucre de fécule ou de raisin dans le sang à l'état normal, et qu'elle ne peut subir que très-imparfaitement, ou qu'elle ne subit pas du tout dans le sang des glucosuriques, parce que la quantité de l'alcali y est insuffisante, ou parce que ce liquide est neutre ou acide. Dès lors, une opération que tout démontre être nécessaire à l'assimilation n'a plus lieu, le sucre dans le sang n'est plus qu'un corps étranger, il tend à en sortir par les émonctoires naturels, et de là la présence du sucre dans les urines et dans les autres liquides où les expériences chimiques nous l'ont révélée.

Reste maintenant à savoir comment le sang des glucosuriques a perdu tout ou partie de son alcalinité, ou même est devenu acide. On en trouve d'abord la raison dans la suppression de la sécrétion acide de la peau, si remarquable chez les malades, que tous les auteurs ont fortement insisté sur son importance, et que Hufeland et M. Bouchardat en ont fait la cause primitive de la glucosurie; et ensuite, dans l'ingestion des substances acides en trop grande abondance, ce qui fut bien digne de remarque dans un cas observé par M. Mialhe. Ainsi, d'une part, défaut d'excrétion, et de l'autre introduction exagérée des acides dans l'économie, voilà le point de départ de la maladie. Et maintenant nous voyons clairement la raison d'un fait général dont M. Bouchardat n'avait vu qu'une partie. Chez les glucosuriques toutes les humeurs ont perdu de leur alcalinité ou sont devenues acides. Ce n'est pas seulement les liquides contenus dans l'intestin, ce sont tous les liquides de l'organisme qui ont subi cette influence; l'acidité est remarquable dans cet organe, parce que partout se trouvent les acides, emprisonnés pour ainsi dire dans l'économie.

Je crois avoir suffisamment fait connaître ces faits, dont chacun pourra vérifier l'exactitude. J'aurais encore un certain nombre de détails à présenter; mais, je le répète, je ne veux indiquer dans cet article que les principaux points de cette théorie fondée sur des faits nom-

breux et très-bien observés. On peut voir, dans un autre travail que j'ai récemment publié (*Guide du médecin praticien*, tom. VII, article *Glucosurie*), comment à l'aide de ces connaissances il est facile d'expliquer tous les symptômes de la glucosurie.

Diagnostic. Rien n'est plus simple que de démontrer la présence du sucre dans les urines. Tout le monde connaît le procédé de M. Frommherz, qui consiste à chauffer l'urine avec addition d'un fragment de potasse caustique et d'un fragment de deutosulfate de cuivre. Bientôt le sucre de fécule acquiert la propriété de désoxyder le deuxtoyde de cuivre mis en liberté par l'alcali, et l'on voit apparaître un précipité jaune rougeâtre. Si l'urine ne contient pas de sucre, on obtient un précipité noir.

Ce procédé est encore simplifié par M. Mialhe; il suffit en effet de chauffer dans un tube l'urine sucrée, après y avoir ajouté de la potasse caustique; le liquide ne tarde pas à prendre une couleur brune rougeâtre qui lui est particulière. Si l'urine ne contient pas de sucre, il n'y a pas de changement.

On croit généralement que dans cette expérience si simple, il faut mettre une petite proportion d'alcali; c'est une erreur qui a fait manquer plusieurs essais. On ne doit pas craindre, au contraire, de mettre un excès d'alcali, et avec cette précaution, on se convaincra facilement que le procédé est infaillible, et qu'il décèle dans l'urine une quantité minime de sucre de fécule (1).

Sous ce rapport, il n'y a donc aucune difficulté pour le diagnostic. Mais la glucosurie commence lentement; l'attention est rarement appelée sur l'état des urines à une époque voisine du début; l'état des malades peut être rapporté à plusieurs autres affections chroniques remarquables par la langueur et le dépérissement. Cela est si vrai que, selon la remarque de Hufeland, il est assez rare que le médecin ait reconnu la maladie le premier, et qu'il est au contraire très-fréquent de rencontrer des sujets qui ont été traités pour une foule de maladies diverses, jusqu'à ce que, au bout d'un temps souvent fort long, ils aient été avertis par d'autres diabétiques ou qu'ils aient eu l'idée de goûter soit leurs urines, soit les taches gommeuses qu'elles laissent sur la chemise. Il est bon,

(1) Ce moyen de diagnostic, facile à employer, est sans doute bon; mais l'examen que l'on peut faire à l'aide du polarimètre, indiqué par M. Biot, nous paraît encore préférable. Nous avons mentionné dans le *Bulletin* quelques recherches faites avec ces instruments, par M. Martin Solon. Son emploi est clairement exposé dans la thèse que M. Contour, ancien interne de ce médecin à l'hôpital Beaujon, a soutenue sur le diabète.

(*Note du rédact.*)

par conséquent, de dire comment on sera appelé à examiner expérimentalement l'urine, et à établir par là le diagnostic de la manière la plus solide. Je ne peux mieux faire à ce sujet que de transcrire le passage suivant de mon article déjà cité. (Voy. *Guide du Méd. praticien*, tom. VII, p. 399.)

« En supposant, ai-je dit, qu'on ait besoin de quelque signe pour être déterminé à l'examen du liquide urinaire, on en trouve plusieurs dans les circonstances suivantes : 1° une soif inusitée ; la sécheresse de la bouche, l'acidité de la salive, la carie rapide des dents ; 2° l'augmentation de l'appétit, qui cependant n'est pas constante, mais qui, lorsqu'elle existe, est bien digne de remarque ; car quelle est l'autre maladie chronique avec dépérissement, qui présente un pareil symptôme ? 3° la sécheresse de la peau ; ce symptôme est si remarquable qu'il frappe non-seulement le malade, mais encore parfois ses amis ;... 4° l'augmentation de la quantité des urines, et un besoin fréquent de les rendre ; c'est encore là un symptôme qui peut manquer, ou être peu notable, mais dont la valeur n'est pas moins fort grande ; 5° le dépôt gommeux qui reste sur la chemise et qui la rend comme empesée ; c'est quelquefois, ainsi que je l'ai dit plus haut, en goûtant les taches qui en résultent, que les malades ont reconnu la présence du sucre dans les urines ; 6° la diminution ou l'anéantissement des facultés viriles ;... 7° l'affaiblissement de la vue qui n'a pas une importance moins grande. Il n'est même pas nécessaire de l'ensemble de ces symptômes pour faire supposer une glucosurie, et un petit nombre d'entre eux chez un sujet pâli, affaibli, émacié, frapperont immédiatement le praticien prévenu. L'examen de l'urine à l'aide de l'alcali lèvera ensuite très-promptement tous les doutes qui pourraient rester encore. »

Il est bien difficile qu'avec de semblables données un diabétique puisse échapper à l'exploration, et cependant peut-être vaudrait-il mieux encore s'en tenir à ce précepte de Hufeland, qui veut qu'on examine toujours les urines d'un malade qui dépérit, sans qu'on en trouve dans les organes une cause suffisante. Cet examen ne peut évidemment avoir aucun inconvénient ; il peut avoir, au contraire, de très-grands avantages, en indiquant le traitement à suivre avant que la maladie ait fait de très-grands progrès.

Traitement. Je ne veux parler ici que du traitement qui découle naturellement de la théorie exposée plus haut.

Les indications étaient bien simples. Il fallait d'une part alcaliniser le sang en y introduisant les substances appropriées ; et de l'autre le désacidifier, s'il m'est permis de parler ainsi, en rétablissant la sécrétion cutanée si complétement supprimée. On a rempli la première indication,

en faisant prendre au malade l'eau de Vichy, le bicarbonate de soude à la dose de 6 à 18 ou 20 grammes par jour, progressivement, dans de l'eau, dans du bouillon, dans de la tisane ; en ordonnant le lait de magnésie (Voy. Mialhe : *Art de formuler*, p. 122), à la dose d'une cuillerée à bouche. On peut encore prescrire d'autres alcalins ; mais jusqu'à présent, c'est le bicarbonate de soude qui a le mieux réussi (1). Pour remplir la seconde indication, on peut mettre en usage les divers sudorifiques, mais l'expérience a prouvé que les bains de vapeur ont la plus grande efficacité. Et qu'on ne craigne pas l'affaiblissement qui pourrait résulter de ces bains ; car ce qui rend le malade faible, c'est le défaut d'assimilation, l'imperfection de la nutrition ; en enlevant la quantité d'acide surabondante, on rétablit ces fonctions et les forces reviennent. On ajoutera naturellement à ce traitement l'usage des vêtements chauds et un exercice actif.

Parmi les autres moyens proposés par les auteurs, il en est quelques-uns qui peuvent avoir de bons effets, dans quelques cas particuliers ; mais, en général, ils sont inutiles, et quant au régime, le traitement de M. Mialhe a, sur tous les autres, cet immense avantage de permettre l'usage des aliments féculents, sinon dans les mêmes proportions que dans l'état de santé, du moins dans une mesure telle que le malade ne trouve pas de changement notable dans son alimentation, et qu'il n'est pas plus ou moins promptement dégoûté (2). Il peut, en effet, prendre encore la moitié et même les deux tiers des substances féculentes qu'il avait l'habitude de manger avant sa maladie. C'est même par excès de précaution qu'on lui recommande cette réduction ; mais il est permis de penser que la guérison ne peut qu'être hâtée par le soin qu'on prend de diminuer la masse de sucre introduite dans une économie qui ne peut encore lui faire subir qu'artificiellement la transformation nécessaire.

J'ajoute, et cette remarque paraîtra de la plus haute importance, que des faits remarquables sont venus prouver combien ce traitement a d'ef-

(1) M. Martin Solon a retiré, à l'hôpital Beaujon et en ville, des avantages tout aussi positifs du sous-carbonate d'ammoniaque que l'on donne à bien moindres doses, 4 à 8 grammes en vingt-quatre heures. Quelques malades le préfèrent au bicarbonate de soude, ou en alternent l'usage avantageusement avec lui. (*Note du rédact.*)

(2) Tous les médecins qui prescrivent les alcalins savent que les malades peuvent impunément se nourrir d'une certaine quantité de pain pendant qu'ils sont sous leur influence. Nous avons vu un serrurier, sorti guéri du diabète de l'hôpital Beaujon, dont l'urine ne présentait pas encore, quinze jours après, de traces saccharines. Elle en présentait la quinzaine suivante. Cet homme, qui se portait très-bien et qui avait repris sa profession, se remit par précaution à l'usage des alcalins. (*Note du rédact.*)

ficacité. Des sujets diabétiques dans un état fort avancé ont été rendus à leur santé première, et cela avec une promptitude remarquable. L'observation présentée par MM. Mialhe et Contour à l'Académie de médecine (juillet 1844) est, parmi ces faits, un des plus concluants. Le lecteur ne peut l'avoir oublié, et je ne crois pas devoir le reproduire ici.

Ainsi, tout se réunit pour faire croire qu'on a enfin trouvé une théorie aussi complète que possible de la glucosurie, et que l'on connaît le traitement le plus efficace qu'on doive lui opposer. De pareilles applications de la chimie doivent être accueillies avec empressement. Je n'ai pas besoin de faire remarquer leur valeur incontestable, et les faits cliniques venant à l'appui, rien n'est plus satisfaisant pour l'esprit le plus sévère.

Je dois cependant ajouter qu'il n'est pas prouvé que chez les sujets traités de cette manière, l'économie soit complétement revenue à l'état normal, car l'usage du bicarbonate de soude n'a pas pu encore être cessé, sans que la glucosurie se soit reproduite. On peut dire que les choses se passent chez ces sujets comme dans les simples vases d'un laboratoire de chimie; l'art alcalinise chaque jour le sang, qui, sans son secours, ne récupère pas son alcalinité normale. Viendra-t-il un moment où l'on obtiendra ce résultat si désirable? C'est ce que l'observation ultérieure nous apprendra. Toujours est-il qu'à l'aide d'un traitement très-simple, très-facile (car les bains de vapeur ne sont nécessaires qu'au commencement), n'excitant aucun dégoût, on peut remettre les malades dans un état de santé tel, qu'il soit impossible à qui que ce soit de se douter qu'il a existé un diabète. C'est ce que j'ai constaté par moi-même.

VALLEIX.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES BUBONS SCROFULEUX ET DE LEUR TRAITEMENT.

La dénomination de bubon s'applique à toute tumeur inflammatoire aiguë ou chronique siégeant dans la région de l'aine.

Parmi les affections qui rentrent dans le cadre des maladies dites *vénériennes*, il n'en est peut-être pas sur laquelle il règne encore aujourd'hui plus d'obscurité, et je pense que, pour établir l'ordre et la clarté désirables en pareille matière, il est nécessaire de se placer au point de vue indiqué par Hunter dans le passage suivant :

« Le premier pas dans le traitement des maladies, c'est de s'assurer quelle en est la nature; et quand deux ou plusieurs causes produisent des effets semblables, il faut beaucoup d'attention pour distinguer un effet d'un autre, de manière à pouvoir remonter à la véritable cause de chacun. » (*Tr. de la syph.*, p. 492.)

Les bubons sont des lésions symptomatiques de plusieurs maladies, et ils sont loin d'avoir toujours les mêmes caractères, de telle sorte qu'il est toujours possible *de les distinguer les uns des autres et de remonter à la véritable cause de chacun*. En effet, chaque maladie susceptible de déterminer de semblables lésions leur imprime un cachet particulier : les bubons de la blennorrhagie ne peuvent pas être confondus avec ceux de la syphilis; ces derniers ont des caractères qui les distinguent de ceux de la peste, etc.

En partant de ce principe on arrivera nécessairement à une division satisfaisante des bubons. Un court aperçu d'une semblable division fera mieux comprendre ma pensée sur ce point.

1° *Bubons de la syphilis*. On observe dans la syphilis trois variétés de bubons, qui sont : A. Bubon inflammatoire, simple; B. Bubon virulent; C. Engorgement indolent des ganglions de l'aine, du cou, etc. Ces trois catégories étant posées, il devient facile d'étudier les phénomènes qui sont propres à chacune d'elles, dans quelles circonstances différentes on les observe, etc.

2° *Bubons de la blennorrhagie*. La blennorrhagie détermine de petits engorgements ganglionnaires, douloureux, dans la région de l'aine. Ces engorgements n'ont ordinairement aucune tendance à la suppuration.

3° *Bubons des plaies simples*. Les plaies simples sont souvent l'occasion du développement de bubons inflammatoires. Ceux-ci ont un siége et des signes particuliers. Je n'ai pas à me prononcer, ici, sur cette question.

4° *Bubons de la scrofule*. Cette maladie produit des engorgements strumeux dans l'aine aussi bien que dans la région cervicale.

Je ne pousserai pas plus loin cette énumération, quoiqu'elle soit loin d'être complète, parce que je n'ai pas l'intention de décrire tous les bubons. Je voulais seulement faire sentir la possibilité de rattacher ces lésions aux différentes maladies qui les produisent et l'importance de cette division nosologique.

La dernière catégorie que j'ai indiquée (les bubons de la scrofule), va seule m'occuper dans ce mémoire. Cette affection, si commune et si souvent méconnue dans sa nature, est à peine indiquée par quelques auteurs, et nul ne l'a décrite suffisamment. Hunter a signalé, avec la sagacité

qui le distingue, quelques traits de son histoire. M. Ricord, reprenant la tradition de l'illustre chirurgien anglais, s'est attaché à distinguer entre elles toutes les affections dites vénériennes. Je n'ai pas besoin de rappeler ici quelles grandes lumières il a apportées dans cette partie de la médecine. Pour ce qui est des bubons en particulier, la nature scrofuleuse d'un grand nombre d'entre eux n'a pas échappé à son observation. C'est sous l'inspiration de ses idées, et d'après ses conseils, que j'ai essayé de tracer un tableau de cette affection.

Parmi le grand nombre de bubons qu'on observe dans nos hôpitaux spéciaux, les bubons scrofuleux sont, de beaucoup, les plus fréquents. Cette assertion pourra sembler paradoxale au premier abord, aussi je me hâte de déclarer qu'elle n'est que l'expression de mon étonnement et qu'elle n'a pas pour but de choquer les idées reçues. L'opinion généralement admise sur les bubons les fait considérer, sans distinction, comme une affection essentiellement syphilitique. Je partageais moi-même cette croyance, et ce n'est pas sans étonnement, je le répète, qu'après un mûr examen, j'ai acquis la conviction qu'un très-grand nombre de bubons, regardés comme syphilitiques et trop souvent traités comme tels, appartenaient à la scrofule. Je désire que les détails dans lesquels je vais entrer et les preuves que je vais fournir soient de nature à produire le même changement dans l'esprit de ceux qui partagent encore l'erreur que je viens de signaler.

Le caractère le plus général qui distingue les bubons scrofuleux est leur marche chronique. Les bubons inflammatoires simples ou virulents présentent une marche inflammatoire aiguë; ceux-ci, au contraire, se développent très-lentement, avec des phénomènes inflammatoires peu tranchés et incomplets pour ainsi dire, et lorsque la tumeur a acquis son maximum de développement, elle persiste dans une période stationnaire pendant un temps toujours très-long. Le plus souvent les bubons scrofuleux débutent par l'engorgement d'un ou de plusieurs ganglions inguinaux. Cet engorgement s'accompagne d'une douleur sourde, peu intense, qui ne se révèle au malade que dans certains mouvements ou après une marche un peu longue. La tumeur augmente peu à peu de volume, et cet accroissement se fait par l'adjonction de nouveaux ganglions engorgés, et en même temps par l'hypertrophie progressive de ceux qui étaient déjà affectés. La peau qui recouvre la tumeur conserve sa coloration normale. La pression ne détermine que très-peu de douleur. Cet état peut persister pendant quinze jours, un mois, et quelquefois davantage; du reste, les habitudes des malades et le genre de travaux auxquels ils se livrent influent d'une manière notable sur la durée de cette première période, et sur la manifesta-

tion des phénomènes inflammatoires qui surviennent ultérieurement.

Au bout d'un temps plus ou moins long des douleurs vives se font sentir à l'aine ; la marche, qui jusque-là avait pu s'accomplir, devient impossible. La peau qui recouvre la tumeur présente une rougeur érysipélateuse ; elle devient adhérente aux ganglions engorgés, tandis que jusque-là elle glissait librement sur eux. A la tuméfaction dure des ganglions s'ajoute un empâtement du tissu cellulaire. En un mot, des symptômes d'inflammation locale viennent se joindre à ceux qui existaient déjà. Ceci survient quelquefois à la suite d'écarts de régime, d'excès vénériens ou de fatigue extraordinaire; d'autres fois aucune cause appréciable ne paraît avoir provoqué ces accidents, et ils semblent alors résulter de la marche naturelle du bubon. Les moyens de traitement mis en usage peuvent aussi favoriser le développement de cette période inflammatoire. Des sangsues appliquées sur la tumeur au moment où elle est encore à l'état d'engorgement indolent m'ont paru avoir provoqué, dans quelques cas, une fluxion sanguine qui est devenue l'origine des phénomènes dont je parle. Une compression intempestive peut avoir le même résultat.

Il est facile de s'assurer que ces accidents ont beaucoup moins pour siége la tumeur elle-même ou du moins les ganglions engorgés, que le tissu cellulaire qui les entoure, et c'est ce que le reste de cette description démontrera surabondamment. Une fois dans cette voie, le bubon va présenter les symptômes d'une tumeur phlegmoneuse, tels que chaleur, battements, douleur, rougeur de plus en plus vive de la peau, etc. Mais ces phénomènes, communs à toute inflammation présentent, dans ce cas, des particularités qu'il est bon de noter. Ils ont en général beaucoup moins d'acuité que dans une inflammation franche. L'intensité de l'inflammation est loin d'être en rapport avec le volume de la tumeur, tant à cause du peu d'énergie des symptômes locaux, que par l'absence de toute réaction fébrile. La rougeur de la peau est moins vive que dans un bubon franchement inflammatoire ; elle est diffuse, peu uniforme. L'empâtement du tissu cellulaire participe de ces derniers caractères, qui nous font très-bien comprendre pourquoi quelques auteurs ont donné aux bubons qui nous occupent le nom de bubons érysipélateux. S'il fallait chercher, en effet, un terme de comparaison pour donner une idée des phénomènes inflammatoires que présentent ces bubons, nous le trouverions plutôt dans l'empâtement diffus, la coloration obscure et quelquefois livide de certains érysipèles, que dans la tuméfaction régulière et circonscrite et la rougeur vive du phlégmon.

Le travail de suppuration se fait lentement, sans douleurs bien vives; celles-ci ne sont accusées par le malade que lorsqu'on appuie sur la

tumeur ou lorsqu'il veut faire quelques mouvements. Le pus ne se collecte pas en un seul foyer ; mais on voit, au contraire, plusieurs petits abcès se former. Ce dernier fait est en rapport avec les nuances de coloration plus ou moins vive que présentait la peau. De plus, et c'est là un des principaux caractères de la lésion qui nous occupe, la suppuration de la tumeur est toujours incomplète, ou mieux, elle n'envahit qu'une faible partie du bubon. Le pus n'occupe que la couche de tissu cellulaire placée en avant des ganglions, et, alors même que le travail de suppuration est le plus avancé, et que la peau, amincie, est prête à s'ulcérer, on ne sent la fluctuation qu'à la superficie de la tumeur, en un ou en plusieurs points. Le reste du bubon est dur, et ne paraît nullement disposé à subir la transformation purulente.

Même à cette période inflammatoire, la tumeur est loin de se confondre en un seul foyer bien circonscrit, comme cela s'observe pour les autres bubons. Elle est irrégulière, diffuse, et souvent formée de plusieurs lobes séparés par des scissures plus ou moins profondes. Quelquefois chaque ganglion s'enflamme isolément, et chacun donne lieu à un petit foyer de suppuration distinct. D'autres fois plusieurs ganglions se groupent sous un foyer commun de suppuration. Il est surtout une disposition qu'on observe souvent dans la configuration des bubons scrofuleux. Les ganglions placés au-dessus des ligaments de Fallope s'enflamment en un groupe commun, tandis que ceux qui sont au-dessous forment un autre groupe. Le ligament trace un intervalle de séparation bien marqué entre les deux, et la tumeur prend alors une forme bilobée; la moitié supérieure est ordinairement plus volumineuse que l'inférieure. Chacun des deux lobes suppure isolément. Tantôt le travail inflammatoire s'accomplit simultanément dans les deux groupes de ganglions, ou plutôt dans le tissu cellulaire qui les entoure ; tantôt, au contraire, il se fait successivement dans chacun d'eux. Quelquefois même ce n'est que lorsqu'une portion de la tumeur est déjà en voie de résolution que l'autre commence à s'enflammer. On peut voir, dans ces cas-là, tous les ganglions de l'aine être successivement affectés, puis la même lésion se manifester sur ceux qui sont placés à la face interne et supérieure de la cuisse, et lorsque la maladie a cessé de sévir d'un côté, ou même pendant qu'elle y sévit encore, les mêmes phénomènes se présenter du côté opposé. Nous citerons une observation chez le sujet de laquelle tous les ganglions des deux régions inguino-crurales ainsi que ceux du pubis ont été affectés.

Tous les désordres que j'ai signalés jusqu'ici se passent dans les ganglions superficiels, et je n'ai fait connaître que les progrès que la lésion scrofuleuse peut faire en largeur, pour ainsi dire. Il faut encore indi-

quer ceux qu'elle peut faire en profondeur, sous peine d'oublier un point important dans l'histoire de l'affection qui nous occupe. Les bubons inflammatoires simples et les bubons virulents siégent toujours dans les ganglions superficiels, et jamais on ne les voit, ni avant ni après leur ouverture, s'étendre aux ganglions placés en arrière du ligament de Fallope, ou plus profondément dans la fosse iliaque. Les bubons scrofuleux, au contraire, s'étendent souvent à ces derniers. On peut s'assurer de ce fait par la palpation dans la plupart des cas. On trouve alors au-dessus et en arrière de la tuméfaction de l'aine des ganglions engorgés dans la fosse iliaque. L'anatomie pathologique vient donner toute certitude à ce que j'avance.

J'ai eu cette année l'occasion de faire l'autopsie d'un malade entré dans le service de M. Ricord pour un bubon scrofuleux ulcéré. Ce malade était en même temps affecté de tubercules pulmonaires auxquels il succomba un mois après son entrée à l'hôpital. La dissection attentive de la région inguinale nous fit voir des ganglions volumineux formant la base de l'ulcération de l'aine; en arrière de ceux-ci on en trouvait d'autres placés plus profondément et pareillement affectés; en un mot, tous les ganglions de la fosse iliaque et du petit bassin participaient à l'engorgement strumeux.

Ces ganglions profonds, lorsqu'ils s'affectent, restent le plus souvent à l'état d'engorgement plus ou moins indolent; mais quelquefois, au contraire, de même que les superficiels, ils provoquent l'inflammation du tissu cellulaire qui les entoure. On voit alors survenir des symptômes particuliers que je ne dois pas omettre de signaler. Deux fois, cette année, il m'a été donné d'observer les complications dont je parle. Dans les deux cas, le bubon superficiel avait été ouvert déjà depuis quelques jours, et la douleur causée par la suppuration du tissu cellulaire sous-cutané avait complétement disparu lorsque les phénomènes d'inflammation profonde se sont manifestés. Voici quels ont été ces phénomènes : il y a eu de la fièvre avec redoublement revenant tous les soirs. En même temps une douleur profonde avec élancements s'est fait sentir dans la fosse iliaque. Cette région, devenue rénitente, était sensible à la moindre pression, et les malades pouvaient à peine supporter le poids des couvertures. La cuisse était constamment fléchie sur le bassin, et le moindre effort fait pour opérer l'extension du membre inférieur arrachait des cris au malade. Des applications de sangsues ont modéré le mouvement fébrile, mais celui-ci n'a complétement disparu, ainsi que les autres symptômes, que lorsqu'on a pu donner issue au pus.

Tels sont les phénomènes qu'on observe pendant la période inflam-

matoire des bubons scrofuleux. Ces symptômes, ainsi que je l'ai fait remarquer, ont pour siége le tissu cellulaire qui entoure les ganglions, et non les ganglions eux-mêmes. Ils constituent la période inflammatoire aiguë des bubons scrofuleux.

Voyons maintenant quels caractères va nous présenter la tumeur après l'écoulement du pus renfermé à sa partie supérieure.

Lorsqu'on ouvre un bubon scrofuleux ayant présenté les symptômes inflammatoires que je viens de décrire, il s'écoule d'abord une certaine quantité de pus véritablement phlegmoneux, louable ; mais à ce produit morbide en succède bientôt un autre qui est loin de présenter les mêmes caractères. Ce dernier consiste en une sérosité roussâtre tenant en suspension des flocons purulents ou pseudo-membraneux. Ces flocons deviennent de plus en plus rares, et la sérosité devient elle-même de plus en plus limpide à mesure qu'on s'éloigne du moment où le bubon a été ouvert. La plaie de l'ouverture reste béante, et au lieu de manifester quelque tendance vers la cicatrisation, elle devient fistuleuse. Les bords s'ulcèrent, deviennent fongueux et prennent une couleur blafarde. Ces derniers caractères ont quelque analogie avec ceux que présente le bubon virulent ulcéré, aussi est-ce sur eux qu'on s'appuie ordinairement pour admettre la nature syphilitique des bubons que je décris. Il suffit pour beaucoup de médecins qu'un bubon s'ulcère pour qu'il soit regardé comme virulent. Mais ne voit-on pas très-fréquemment aussi les lésions scrofuleuses s'ulcérer en quelque lieu qu'elles siégent ? Il est facile d'ailleurs d'éviter l'erreur et la confusion que je signale, en étudiant avec soin les phénomènes de l'ulcération dans les bubons strumeux, et en les comparant avec ceux de l'ulcération syphilitique. Dans le premier cas, l'ulcération s'accomplit sans aucun travail inflammatoire local, et elle participe de la lenteur et de la chronicité qui sont les caractères essentiels de l'affection qui nous occupe à toutes ses périodes. Autour du point ulcéré la peau ne présente point de rougeur, mais tout au plus une coloration livide. Le tissu cellulaire sous-jacent n'offre aucune rigidité, aucune turgescence. La plaie elle-même est fongueuse et d'une couleur grisâtre blafarde. Ce dernier caractère, qui est le plus saillant, offre en effet une certaine analogie d'aspect avec un bubon virulent ulcéré, dans sa période de progrès. Mais dans ce dernier cas la couleur gris-jaunâtre de l'ulcération tient à une production pseudo-membraneuse qui recouvre sa surface. Il est facile d'enlever ce produit en frottant doucement la plaie, et alors celle-ci est d'un rouge plus ou moins vif. Dans le bubon scrofuleux, au contraire, la coloration tient au tissu cellulaire lui-même, qui forme la surface de la plaie, et qui n'est recouvert par aucune fausse membrane, ainsi qu'il

est facile de s'en assurer par le frottement. Dans le bubon virulent, l'ulcération fait des progrès rapides pendant les premiers jours, puis elle s'arrête, et on ne tarde pas à voir commencer le travail de cicatrisation. Rien de semblable ne s'observe dans l'ulcération scrofuleuse. Celle-ci persiste indéfiniment avec les mêmes caractères, sans qu'il soit possible d'établir deux périodes dans sa durée (une de progrès et une de réparation). Dans ce dernier cas, le fond de l'ulcère est toujours formé par des ganglions hypertrophiés qui viennent quelquefois faire saillie au-dessus du niveau de la peau, et qui paraissent être le principal obstacle à la cicatrisation. Nous verrons, en effet, en parlant du traitement, que ce n'est qu'après avoir fait disparaître complétement les engorgements ganglionnaires, qu'il est possible d'obtenir une cicatrice définitive. Il est enfin un moyen de distinguer l'un de l'autre le bubon syphilitique ulcéré et le bubon scrofuleux qui est dans le même état, c'est l'inoculation. Tant qu'un bubon syphilitique présente cette coloration grisâtre qui lui donne de l'analogie avec le bubon scrofuleux ulcéré, il est inoculable, tandis que l'autre ne l'est jamais.

Tous les signes que je viens d'énumérer sont fournis par l'ulcération elle-même, et ils sont assez nombreux pour permettre de ne pas confondre le bubon scrofuleux avec le bubon syphilitique. Mais si l'on ajoute à ceux-là les signes fournis par l'ensemble de la tumeur, il n'est plus possible de conserver des doutes sur la nature de la lésion. L'ulcère du bubon scrofuleux est toujours placé à la surface d'une tumeur volumineuse formée par des ganglions engorgés et très-durs; l'ulcération syphilique, au contraire, a pour base le tissu cellulaire, et ne détermine pas par elle-même l'hypertrophie et l'induration des ganglions inguinaux. Je dois ajouter cependant que dans certains cas les deux principes morbides (scrofuleux et syphilitique) existant chez un même individu, donnent lieu à des phénomènes complexes sur l'analyse desquels j'insisterai tout à l'heure.

Quand les bubons scrofuleux sont arrivés à l'état d'ulcération que je viens de décrire, les douleurs, la gêne de la marche et les autres symptômes qui accompagnent la période inflammatoire disparaissent. Aussi, il arrive souvent que les malades reprennent leurs occupations. La tumeur persiste avec tous ses caractères pendant plusieurs mois et même pendant plusieurs années. L'ulcération continue de livrer passage à cette sérosité roussâtre dont j'ai parlé. Quelquefois la plaie se cicatrise avant que l'engorgement ganglionnaire soit résolu. Un nouveau travail inflammatoire ne tarde pas alors à se faire au-dessous de la cicatrice, et il survient un nouvel abcès qui s'ouvre spontanément et qui est suivi des mêmes phénomènes que le premier. Quand il existe plu-

sieurs ulcérations sur différents points d'une même tumeur, des trajets fistuleux les font communiquer ensemble. Ces trajets peuvent avoir une assez grande étendue : j'en ai observé qui allaient de la région inguinale à la face interne de la cuisse; d'autres labouraient toute la région inguinale d'un côté, traversaient le tissu cellulaire du pubis, en s'arrêtant par intervalle à des ulcérations strumeuses de cette région, et allaient enfin aboutir à des ganglions ulcérés dans l'aine, du côté opposé.

Je viens de présenter aussi exactement qu'il m'a été possible la marche la plus ordinaire des bubons scrofuleux. Il me reste, pour compléter ce tableau, à faire connaître quelques variétés dans lesquelles la nature strumeuse de la lésion ne se dessine pas avec des traits aussi nettement accusés, du moins à toutes ses périodes. Le plus souvent, ainsi que je l'ai fait remarquer, un engorgement indolent des ganglions marque le début de la tumeur, et persiste fort longtemps sans aucun travail inflammatoire aigu du tissu cellulaire péri-adénique. Dans certains cas assez rares on observe le contraire. La tumeur débute comme un bubon inflammatoire simple, et ce n'est qu'après l'ouverture de celui-ci que les engorgements ganglionnaires strumeux se manifestent. A partir de ce moment ceux-ci augmentent plus ou moins rapidement, la tumeur prend une forme irrégulière, la plaie reste fistuleuse et s'ulcère, la rougeur vive de la peau disparaît, en même temps que les autres symptômes inflammatoires, et elle laisse à sa place une coloration livide; dès lors, en un mot, le bubon devient franchement strumeux, et ne diffère pas de celui que j'ai décrit tout à l'heure.

Dans les cas qui appartiennent à cette catégorie, le bubon succède ordinairement à un chancre ou à une blennorrhagie qui paraissent provoquer d'abord le développement du bubon inflammatoire simple de l'aine, et celui-ci devient à son tour la cause occasionnelle qui met en jeu la disposition scrofuleuse, toujours évidente chez les sujets qui présentent de semblables affections. Le mécanisme que j'indique est parfaitement en rapport avec la succession des faits.

Il est une autre variété plus importante que la précédente à cause de la gravité des accidents qu'elle détermine quelquefois, et des discussions théoriques qu'elle peut soulever. Je veux parler du bubon scrofuleux succédant à un bubon virulent ou syphilitique.

Dans ce cas la tumeur reconnaît toujours un chancre pour antécédent; elle débute comme la précédente par une inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire de l'aine. Une fois l'abcès ouvert, la plaie s'ulcère en suivant la marche que j'ai indiquée pour le bubon virulent. D'abord, en effet, les phénomènes sont identiques dans les deux cas, mais bientôt,

s'il appartient à la variété que je vais décrire, le bubon présentera des symptômes particuliers. L'ulcération ne tarde pas à prendre la marche phagédénique et à envahir une étendue considérable de tissus. L'ulcère fongueux, recouvert d'un produit pultacé grisâtre très-abondant, pourra conserver pendant plusieurs mois et même plusieurs années la propriété virulente et inoculable. On aura alors affaire à un véritable chancre phagédénique, dont la mauvaise disposition est entretenue par les conditions scrofuleuses dans lesquelles se trouve le malade. C'est un fait intéressant sur lequel M. Ricord a depuis longtemps appelé l'attention. M. le docteur Hélot, de Rouen, a fidèlement résumé ce qui se rattache à la pathologie et à la thérapeutique de cette lésion dans un article publié dans ce journal, mai 1845, t. XXVIII, p. 329. Dans cette circonstance la nature ou plutôt la complication scrofuleuse de la lésion n'est pas autrement manifeste que par la mauvaise disposition qu'elle imprime à la marche du bubon; mais dans d'autres cas les symptômes syphilitiques disparaissent au bout d'un certain temps pour être remplacés par d'autres qui sont de nature scrofuleuse. L'ucération, au lieu de prendre la marche phagédénique et de s'étendre indéfiniment, se borne à une certaine étendue de tissu. Après le temps de durée propre au bubon virulent, elle cesse de fournir un pus inoculable, et présente même quelque tendance à la cicatrisation. Mais les ganglions qui étaient placés à la base de l'ulcération et qu se sont engorgés pendant sa durée, viennent à leur tour s'opposer à une guérison qui se serait accomplie rapidement chez un sujet qui n'aurait pas présenté de disposition scrofuleuse. Alors la syphilis cède la place à la scrofule, et l'on voit commencer une nouvelle série de phénomènes qui ne diffèrent en rien de ceux que j'ai déjà décrits comme appartenant au bubon strumeux. Ici le bubon virulent agit de la même manière que le bubon inflammatoire simple dans la variété qui précède : il est la cause occasionnelle qui met en jeu la disposition scrofuleuse. Toutes ces particularités ont été entrevues par Hunter, ainsi que le prouve le passage suivant : « Dans la description que j'ai donnée du bubon, j'ai cherché à démontrer qu'il y a des bubons qui n'ont rien de syphilitique, mais qui sont de nature scrofuleuse, et qu'il en est aussi qui ne se montrent vénériens qu'en partie, ou qui ne sont peut-être rien autre chose qu'une glande douée d'une disposition scrofuleuse dans laquelle l'action morbide a été déterminée par l'irritation vénérienne. » (Hunter, *du Bubon*; chap. IV, pag. 497). Malheureusement la description donnée par Hunter est loin d'être aussi nette et aussi claire qu' on serait en droit de l'attendre après avoir lu le passage que je viens de citer.

Les variétés du bubon scrofuleux que je viens de décrire ne diffèrent entre elles que par la période de début ; dans les autres périodes elles offrent des symptômes communs. Il me reste à parler maintenant de la terminaison des bubons scrofuleux.

Ces bubons se terminent ordinairement par la guérison. Le plus souvent on les observe chez des individus qui sont affectés de la forme bénigne de la scrofule. On peut cependant voir survenir pendant leur durée des affections scrofuleuses graves auxquelles les malades succombent : tels sont, par exemple, les tubercules pulmonaires. Dans ces derniers cas, les bubons participent de l'état général, et s'ulcèrent indéfiniment, sans qu'aucune médication puisse exercer sur eux une influence favorable. A part ces exceptions qui sont heureusement assez rares, les bubons scrofuleux guérissent par la résolution des ganglions engorgés et par la cicatrice des ulcères cutanés. Il faut distinguer les guérisons définitives de celles qui ne sont que momentanées. Souvent, en effet, ainsi que déjà je l'ai dit, les ulcères se cicatrisent avant que les engorgements ganglionnaires aient complétement disparu, et alors on ne tarde pas à voir se former un nouvel abcès et de nouvelles ulcérations. Lorsqu'au contraire la résolution des ganglions est complète, on obtient des cicatrices définitives.

En outre de ces recrudescences qu'on observe pour les bubons incomplétement guéris, il faut noter les récidives, qui sont fréquentes, et qui forment un des caractères les plus saillants de la lésion qui nous occupe. Ces récidives ont lieu quelquefois du même côté, mais plus souvent peut-être du côté opposé. Le plus ordinairement les ganglions du côté gauche sont affectés les premiers ; puis, au bout de plusieurs mois ou de plusieurs années, ceux du côté droit le sont à leur tour.

Dans un second article nous nous occuperons de l'étiologie et du traitement des bubons scrofuleux. F. Gabalda.

DES INJECTIONS VINEUSES ET IODÉES DANS LE TRAITEMENT DE L'HYDROCÈLE.

Bien que le traitement de l'hydrocèle vaginale par les injections irritantes soit considéré généralement comme un des points les mieux connus de la thérapeutique chirurgicale, il est, en ce moment même, l'objet d'une discussion des plus vives à l'Académie de médecine. Toutefois ce n'est pas le principe de l'injection que l'on discute, tout le monde est d'accord sur son efficacité dans l'immense majorité des cas d'hydrocèle. Mais quelle doit être la nature du liquide injecté ? Là commencent le doute et la controverse. Depuis Monro, les injections vineuses ont

constamment joui d'une grande faveur. Cependant la plupart des praticiens ne les regardaient pas comme entièrement exemptes d'inconvénients. De là des essais nombreux pour leur substituer l'alcool, l'eau alcoolisée, une solution de sulfate de zinc, etc., etc. Tous ces liquides furent successivement abandonnés, et les injections vineuses adoptées par l'Académie de chirurgie, par Desault, Dupuytren, Boyer, furent pour ainsi dire seules conservées dans la pratique. Cependant dans ces derniers temps de nouveaux essais ont été faits : M. Velpeau expérimenta sur une grande échelle les injections iodées, et avec assez de bonheur pour qu'on pût espérer de les substituer avec avantage aux injections vineuses. Tel est aujourd'hui le sujet de la discussion dont nous avons parlé tout à l'heure, à savoir, ce qu'il faut employer de préférence, des injections vineuses ou des injections iodées. Loin de nous l'intention de prendre aucune part à ce débat, et ce que nous disons ici s'adresse seulement à nos lecteurs, à qui nous devons dire notre opinion tout entière sur des moyens thérapeutiques qu'ils ont journellement occasion d'employer.

Exposons d'abord nettement les termes de la question que nous avons à résoudre. Lorsqu'on traite une hydrocèle par la méthode de l'injection, on commence par ponctionner la tumeur avec un trocart et par donner issue au liquide contenu dans la tunique vaginale. On injecte ensuite dans la séreuse soit du vin, soit une solution iodée. Si l'on choisit le vin, il faut le faire chauffer, et le porter à une température telle que *le doigt puisse la supporter à peine* (Boyer, tom. X, pag. 219), à la température de 30 à 32 degrés Réaumur. Si l'on préfère l'iode, il faut composer une solution de 4 à 8 grammes d'iode par 30 grammes d'eau. Cette solution s'injecte *froide*. Déjà nous venons d'indiquer, dans ce peu de mots, la circonstance qui établit la différence naturelle entre les deux injections, c'est que l'une est faite à froid, l'autre à chaud ; c'est que l'une agit par les propriétés irritantes qui lui sont propres, l'autre par ses propriétés irritantes et par la température à laquelle elle est élevée ; et Boyer insiste avec soin sur le degré de chaleur qu'il faut donner au liquide, car il attribue quelques insuccès qu'il a eu occasion d'observer, à ce que le vin n'avait pas été injecté assez chaud. C'est à cette nécessité de l'opération qu'il faut attribuer surtout un des accidents les plus constants des injections vineuses, la douleur; une douleur poignante, et portée quelquefois à un degré tel qu'on est obligé de maintenir les malades, si on veut prévenir le dérangement de la canule et l'infiltration du vin dans le tissu cellulaire. Tous nos auteurs classiques ont signalé ces douleurs, et c'est presque uniquement dans le

but de les prévenir qu'ont été faits tous les essais dont nous avons parlé plus haut. Or, ces douleurs appartiennent-elles également aux injections iodées? Nous avons vu bien souvent employer ce mode de traitement, et nous pouvons dire qu'il détermine presque toujours une certaine douleur, quelquefois même assez vive; mais nous pouvons ajouter que ces douleurs vives sont exceptionnelles, tandis qu'elles sont la règle pour les injections vineuses. Envisagée sous ce point de vue, la question n'est point douteuse ; les injections iodées froides sont de beaucoup préférables aux injections vineuses chaudes. Voilà un premier fait, très-important selon nous, acquis à la pratique.

Mais il est une autre question non moins importante et qu'il nous est impossible de résoudre, c'est celle de l'efficacité comparative du vin et de l'iode. Presque tous les liquides injectés dans la tunique vaginale ont réussi. Les injections vineuses et iodées ont surtout amené de nombreux succès ; mais dans quelle proportion? Nul ne saurait le dire. Nous avons entendu les premiers chirurgiens de nos hôpitaux raconter qu'ils avaient opéré un nombre fabuleux d'hydrocèles, qu'ils n'avaient guère obtenu que des succès, et cela à la grande gloire des agents thérapeutiques que chacun d'eux avait l'habitude d'employer. Aucun d'eux n'a donné le chiffre précis de ses succès et de ses revers. Bien plus, ce chiffre eût-il été donné, la question, pour être plus avancée, n'en aurait pas été résolue. C'est qu'en effet elle est beaucoup plus complexe qu'elle ne le paraît au premier abord. Pour la juger, il ne suffit pas du résultat brut d'un certain nombre d'opérations; il faut des faits nombreux et surtout complets, afin de pouvoir les rapprocher entre eux et ne comparer que ceux qui peuvent l'être. Ainsi, on devra tenir compte de l'ancienneté de la maladie, du volume de l'hydrocèle, de l'épaississement et de la dégénérescence de la tunique vaginale, de la nature du liquide qu'elle renferme, de l'état du testicule. S'il s'agit d'injections vineuses, il faudra dire quel était le vin qui a été employé, à quelle température il a été élevé, combien d'injections auront été faites. Pour les injections iodées, il sera nécessaire d'indiquer les proportions de l'eau et de l'iode, de dire si la solution était ancienne ou récente. Enfin, quel que soit le liquide dont on se sera servi, on devra décrire la marche de la maladie et constater au bout de combien de temps le succès a été complet, ou, du moins constaté. Si toutes ces circonstances ne sont pas relatées avec soin, qu'importe un chiffre plus ou moins grand d'insuccès, puisqu'ils peuvent appartenir, non à l'opération, mais à la manière dont elle a été pratiquée?

Nous ne voulons pas nous étendre davantage sur ce sujet. Sous le rapport des douleurs qu'elles déterminent, les injections iodées sont in-

contestablement préférables aux injections vineuses ; sous le rapport de l'efficacité, la question n'est pas jugée. Leurs succès semblent à peu près égaux, et en attendant que des faits nombreux et bien recueillis viennent décider la question en faveur du vin ou de l'iode, c'est ce dernier que nous préférons.

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LA PRÉPARATION DU LACTATE DE FER.

La préparation de ce sel ferreux, assez fréquemment employé en médecine à l'époque actuelle, consiste, comme chacun le sait, à faire réagir l'acide lactique étendu sur de la limaille de fer parfaitement décapée. On opère ordinairement dans un matras à la chaleur du bain de sable, etc., et l'on obtient, en procédant ainsi, un produit qui ne laisse rien à désirer. Néanmoins, on reproche à ce mode d'opérer d'être long : 1° en ce qu'il oblige à préparer préalablement de l'acide lactique ; 2° en ce que la réaction de cet acide étendu sur la limaille de fer, quoique aidée de la chaleur, marche lentement. Dans le but d'obvier à ces deux inconvénients, M. Lepage, pharmacien à Gisors, propose le procédé suivant qui, tout en donnant un aussi beau produit que lorsqu'on suit le procédé ci-dessus, a l'avantage d'être beaucoup plus expéditif.

Pr. : Lactate de chaux préparé par le procédé de M. Gobley	100
Eau bouillante	500

Dissolvez et filtrez.

D'autre part :

Pr. : Sulfate ferreux pur cristallisé	68
Eau distillée froide	500

Faites dissoudre et filtrez.

Mélangez les deux solutions claires dans un matras, acidulez-les légèrement avec un peu d'acide lactique et chauffez au bain-marie en agitant souvent jusqu'à ce que, par l'action du calorique, la décomposition mutuelle des deux sels soit opérée. Alors retirez le matras du bain-marie, filtrez rapidement pour séparer le sulfate de chaux, et soumettez la liqueur à une évaporation rapide dans une chaudière de fonte, ou dans une capsule de porcelaine, dans laquelle vous projetterez quelques fragments de tournure de fer. Quand elle sera réduite à moitié de son volume environ, vous la filtrerez de nouveau et vous la

laisserez cristalliser. L'eau mère décantée et évaporée convenablement donnera de nouveaux cristaux. Après chaque cristallisation, mettez les cristaux obtenus dans un entonnoir, lavez-les avec un peu d'alcool, et, lorsqu'ils seront égouttés, vous les sécherez dans des doubles de papier Joseph.

Le sel ainsi obtenu est aussi blanc que possible; sa dissolution dans l'eau distillée n'est troublée ni par le nitrate de baryte, ni par l'oxalate d'ammoniaque.

SUR LE MEILLEUR MODE DE PRÉPARATION DES GRAINES DE RICIN.

L'huile de ricin est un purgatif d'une action très-incertaine; elle s'altère très-facilement; souvent aussi elle provoque le vomissement au lieu d'amener des évacuations alvines. Ces défauts ne sont point évités par le sirop ni l'émulsion de ricin, qu'ont proposés MM. Mialhe et Nardo M. Parola, fondé sur des recherches chimiques et sur des observations cliniques nombreuses, considère l'extrait et la teinture éthérée, mais surtout la teinture alcoolique, comme les deux préparations les plus sûres et les plus efficaces des graines de ricin. Des expérimentations qu'il a répétées sur lui-même et sur plusieurs malades et convalescents il ressort :

1° Que la teinture éthérée, ainsi que l'alcoolique, ont une action purgative quatre fois plus forte que l'huile obtenue par expression, et qu'elles ne sont ni plus émétiques ni plus irritantes que l'huile ordinaire;

2° Que ces nouvelles préparations demeurent inaltérables pendant un très-long temps, quels que soient le climat et la saison;

3° Que le principe extractif éthéro-alcoolique possède une faculté purgative comparativement moindre que la lie ou pulpe de laquelle on le retire; ce qui prouve qu'elle renferme encore un autre principe, qui est insoluble soit dans l'alcool, soit dans l'éther;

4° L'avantage de ces nouveaux médicaments, de n'être pas émétiques, s'explique aisément si l'on considère que, n'ayant pas besoin d'être pris en grande quantité, ils ne chargent pas l'estomac et ne le sollicitent point à se contracter pour les rejeter.

NOUVEAU MODE D'ADMINISTRATION DE L'HUILE DE RICIN.

Les personnes habituées à se purger avec l'huile des semences de ricin éprouvent toutes une difficulté plus ou moins grande à l'avaler

avec les liquides auxquels on le mélange pour en faciliter l'ingestion. C'est pour ce motif que M. Righini s'est occupé de trouver un moyen de faire disparaître ce que l'administration de ce médicament a de désagréable, sans diminuer toutefois sa propriété purgative, et il croit avoir atteint le but qu'il s'est proposé au moyen de la formule suivante :

PR. : Poudre très-ténue de gomme arabique.... 8 grammes.
Eau pure........................ 100 grammes.

Faire un mucilage avec une petite partie de l'eau, puis ajouter :

Huile de ricin bien pure............ 30 grammes.

Mêlez exactement, et divisez ensuite le mélange avec le restant de l'eau; ajoutez enfin, en agitant toujours :

Suc filtré d'une orange.
Sirop de sucre.................... 30 grammes.

SUR LA CONSOMMATION DES SANGSUES EN FRANCE, LE COMMERCE QUI S'EN FAIT, LEUR ALTÉRATION ET LE MOYEN DE LA RECONNAITRE.

Les masses de sangsues importées en France sont énormes, et la valeur de ces annélides est considérable. De 1827 à 1844 inclusivement, le chiffre de l'importation de ces animaux a été de 3 milliards 200 millions de sangsues, représentant une valeur officielle de 14 millions 996 mille francs. Le tableau suivant, que nous empruntons au curieux mémoire de M. Chevalier sur le commerce de sangsues, indiquera par année la quantité proportionnelle de sangsues introduites en France, et démontrera que la consommation de ces annélides va progressivement en diminuant depuis 1833.

En 1827, 33,634,494 sangsues ont été importées en France; en 1828, 27,360,100;—en 1829, 44,580,754;—en 1830, 35,534,000; — en 1831, 36,443,475; — en 1832, 57,491,000; — en 1833, 41,654,300; — en 1834, 21,885,965; — en 1835, 22,560,440; — en 1836, 19,855,800; — en 1837, 25,767,754; — en 1838, 22,409,050; — en 1839, 22,415,406; — en 1840, 17,557,295; — en 1841, 17,478,663; — en 1842, 20,382,358; — en 1843, 17,607,695; — en 1844, 15,224,673.

Le commerce des sangsues est généralement peu connu; il n'est pas réglementé jusqu'à présent, et c'est à ce défaut de règlement qu'est due l'augmentation du prix des sangsues, qui à l'époque actuelle sont vendues de 40 à 50 centimes la pièce, tandis qu'il y a quelques années, de 1827 à 1832, elles ne valaient que 15 centimes; on lui doit de

plus la fraude, qui consiste à gorger les sangsues de sang pour leur donner du poids et du volume.

Autrefois les marais, les étangs des départements d'Indre-et-Loire, des Deux-Sèvres, de la Loire-Inférieure, de Maine-et-Loire, de la Vendée, de Loir-et-Cher, de la Haute-Marne, de la Sologne, certains ruisseaux dansdiverses localités, étaient riches en sangsues médicinales; elles suffisaient non-seulement à nos besoins, mais encore à nos exportations en Angleterre. Il n'en est plus ainsi aujourd'hui, et la plus grande quantité des sangsues que nous employons nous viennent des marais de la Hongrie, de la Russie, de la Valachie, de la Turquie, de l'Égypte, et quelques-unes de l'Algérie.

Paris est le centre du commerce des sangsues. Autrefois on les y amenait directement, aujourd'hui les marchands vont les acheter à la frontière, et le principal marché est à Kehl, duché de Bade, en face de Strasbourg, de l'autre côté du Rhin. Les principaux réservoirs établis pour le dépôt des sangsues sont à une petite distance de Strasbourg. Ces espèces d'étangs, appartenant à M. Cogard, servent à recevoir des sangsues qui appartiennent à la compagnie Laurens et Vauchel, de Paris; Cogard, de Strasbourg; Ritton, de Lyon; Coste, de Trieste. Ces sangsues sont ensuite pêchées au fur et à mesure des besoins pour être vendues.

On admet en général, dans le commerce, quatre choix spéciaux de sangsues d'après leur poids par mille. Le premier choix comprend les sangsues dites *grosses*, le deuxième celles dites *moyennes*, le troisième comprend les sangsues dites *petites moyennes*, le quatrième les *petites sangsues*. En gorgeant les sangsues de sang, les fraudeurs convertissent la petite sangsue en moyenne, et la moyenne en grosse sangsue. M. Chevalier a eu le résultat suivant d'essais qu'il a faits sur des sangsues gorgées livrées dans le commerce. Mille sangsues grosses gorgées pesaient 2 kil. 440 gr.; on en a retiré par l'expression entre les doigts 1 kil. 140 gr. de sang, ce qui a donné, pour les sangsues dégorgées, un poids seulement de 1 kil. 300 gr. Mille de sangsues moyennes gorgées pesaient 1 kil. 250 gr., elles contenaient 250 gr. de sang, donc le poids des sangsues était de 1,000 gr. Mille de sangsues petites moyennes du poids de 700 gr., contenaient 200 gr. de sang, le poids des sangsues était donc de 500 gr. Comme beaucoup de sangsues venues à Paris sont gorgées, nous allons indiquer les moyens de reconnaître cette fraude.

La sangsue non gorgée a le corps allongé et déprimé; sa peau à l'extérieur présente un aspect velouté particulier, elle se meut dans l'eau avec une vivacité extrême en se présentant sous une forme allongée

remarquable ; son élasticité est telle, qu'on peut la prendre, l'étendre et s'en entourer le doigt comme on le ferait avec un ruban ; elle peut être comprimée dans toute sa longueur ; elle ne doit pas, par une forte pression opérée de la tête à la queue, fournir de sang ; et s'il s'en échappait une minime quantité, ce qui s'observe quelquefois sur les grosses sangsues de marais, ce sang, au lieu d'être rouge comme celui fourni par les sangsues gorgées, est visqueux et d'un noir verdâtre. La sangsue gorgée a le corps moins allongé que la précédente ; elle a de la tendance à se présenter sous la forme d'une olive ; elle est souvent, lorsqu'elle est placée dans l'eau, engourdie et comme somnolente ; l'aspect velouté de sa peau n'est pas le même que celui de la sangsue non gorgée ; quand on la presse entre les doigts, on aperçoit un reflet rougeâtre ; cet annélide ne s'allonge pas entre les doigts, et quand on presse de la tête à la queue, on voit bientôt que le sang dont il a été gorgé s'accumule vers l'extrémité ; alors si on le presse fortement, le sang en est expulsé, quelquefois sous forme de jet. Ce sang est rouge et ne peut être confondu avec la liqueur d'un noir verdâtre que laisse quelquefois exsuder la sangsue des marais.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DU NITRATE D'ARGENT COMME ABORTIF DE L'INFECTION VÉNÉRIENNE.

La thérapeutique ne s'emploie guère chez l'homme à l'état de santé ; et lors même qu'exposé à des causes morbides, ou portant en lui le germe d'une maladie, un organe déjà malade, si ce germe, ces prodrômes n'ont pas éclaté en affection patente, le médecin est rarement consulté. Et pourtant combien de maladies auraient été prévenues, enrayées par les premiers soins ! combien d'inflammations, d'apoplexies foudroyantes seraient jugulées, tout au moins retardées par une seule évacuation sanguine préalable! Dans cette note, il s'agit de la solution de nitrate d'argent employée après un coït suspect pour combattre l'infection vénérienne. Il est facile de concevoir tout ce qu'il y a de difficulté à bien et beaucoup observer sur une pareille matière, et surtout à se rendre un compte certain de la cause et du moyen, à faire la part exacte du virus, du remède, et enfin de l'idiosyncrasie de l'individu. Cependant, les observations et les remarques positives que j'ai pu faire depuis douze ans me permettent d'affirmer que bien des fois l'infection syphilitique a été prévenue par le nitrate d'argent employé les

premières heures après le coït. L'application est facile et sans inconvénient. Avoir une solution de 25 à 30 centigrammes de nitrate d'argent cristallisé dans 25 à 30 grammes d'eau distillée; laver le gland et le prépuce; en introduire cinq à six gouttes dans le canal de l'urètre, à cinq ou six millimètres; répéter trois fois la même application dans les vingt-quatre heures.—Le virus syphilitique peut-il être neutralisé par le nitrate d'argent? Je laisse à l'expérience le pouvoir de répondre à cette question difficile. Quoi qu'il en soit, j'ai pensé qu'il pouvait être utile à la science et à l'humanité d'appeler sur ce sujet l'attention des observateurs.

PARIS, D. M.
à Gray (Haute-Saône).

OBSERVATIONS RELATIVES A L'EMPLOI DE L'IODURE DE POTASSIUM.

Personne ne met en doute aujourd'hui l'action spécifique de certaines substances dans quelques maladies qui affligent l'espèce humaine. Le nombre de ces remèdes est à la vérité peu considérable; mais il faut espérer qu'il s'accroîtra, grâce à la bonne direction donnée à l'étude de la matière médicale et de la thérapeutique. Je ne crois pas que l'iodure de potassium ait encore conquis tout à fait le droit de la *spécificité*, mais il se montre si utile dans les accidents secondaires et tertiaires de la syphilis, qu'il devient important de continuer à noter les résultats qu'on obtient; ce sont autant de pièces de conviction qui servent, non pas peut-être à l'avancement de la science médicale, mais au progrès de l'art de guérir, ce qui est bien plus intéressant pour l'humanité.

Dans le commencement de l'année 1844, le nommé Rinfroy, matelot de la marine royale, vint à ma visite. Il se plaignit d'un mal de gorge qui l'incommodait beaucoup. A l'inspection, je reconnus que ce mal était chronique et je pensai qu'il était de nature syphilitique. Du reste, cette affection ne tarda pas à suivre la marche que je vais signaler : la langue se tuméfia du double dans sa moitié droite; elle devint rouge et dure et se crevassa dans deux ou trois endroits d'une manière telle qu'on aurait pu placer une plume de corbeau dans chacune des crevasses. L'amygdale, ainsi que la membrane pharyngienne du même côté offraient le même aspect, moins les crevasses cependant. Le côté gauche ne tarda pas à présenter les mêmes phénomènes que le côté droit. Enfin, toute la muqueuse du pharynx devint engorgée, rouge, et s'ulcéra dans différents points. Le larynx, lui-même, subit l'influence de la maladie, car la respiration devint très-gênée et l'aphonie complète. Cet état durait depuis assez longtemps avec des alternatives de bien et de mal, lorsqu'un jour, à la suite de l'applica-

tion d'un vésicatoire sur la partie antérieure du eoit, la glande thyroïde, sans phénomènes antéeédents marqués d'inflammation, se tuméfia et donna lieu à une tumeur très-dure, dans l'espaec de peu de jours. Un abeès énorme, qui faillit étouffer le malade dans une nuit, se forma dans l'épaisseur de cette glande. Appelé auprès du patient, qui se promenait dans un état d'angoisse inexprimable, je m'empressai d'ouvrir l'abcès qui était eneore profond. Il sortit environ un verre de pus noir et fétide dont l'aspeet me donna quelque inquiétude pour les suites de l'affeetion. Tel est, d'une manière suecinete, l'exposé de la maladie. On conviendra qu'il y avait là quelque ehose de réellement grave.

Eh bien! j'ai soumis ee malade à différents traitements. Dès le prineipe, des saignées locales furent pratiquées. J'eus également reeours aux vomitifs et aux purgatifs. Je touehai la langue et le pharynx tour à tour avee l'acide ehlorhydrique étendu, le sulfate de euivre et l'azotate d'argent. Plus tard, je fis subir au malade un traitement mereuriel, d'abord par les solutions, puis par les frictions. Des vésieatoires furent appliqués. Il faut bien le dire, rien ne réussit. Enfin, je me déterminai à employer l'iodure de potassium à l'intérieur et loealement de la même manière que le fait M. Rieord dans les aecidents secondaires et tertiaires de la syphilis. Je preserivis au malade un gramme d'iodure de potassium dans 500 grammes de déeoction de salsepareille à prendre dans les vingt-quatre heures, et je fis toucher la langue et l'arrière-gorge avee la mixture suivante : eau distillée, 250 grammes; iodure de potassium, 1 gramme; teinture d'iode, 4 gram. Au bout d'un mois de ce traitement, j'eus la satisfaction de voir une amélioration remarquable. Au bout de deux mois, le sujet de eette observation était eomplétement guéri. Du cortége des symptômes fâcheux que j'ai esquissés, il ne restait plus qu'un peu de raueité dans la voix.

A quelque temps de là, je fus appelé en consultation chez un jeune homme, commis dans une des premières maisons françaises de commerce à Rio-Janeiro : entre autres symptômes, ee jeune homme offrait une rougeur prononcée de l'arrière-gorge, accompagnée de quelques ulcérations. De plus, il éprouvait des douleurs dans la jambe et surtout au genou gauehe, qui présentait à la partie interne un gonflement dont le siége devait être dans le périoste, sinon dans le tissu osseux. La progression était très-gênée et la station occasionnait une grande fatigue. Le malade avoua qu'il avait contracté une affection vénérienne pour laquelle il avait fait plusieurs traitements mercuriels sans succès. L'affeetion constatée, nous preserivîmes le repos absolu du membre,

des sangsues et des fumigations pour le genou, puis un traitement par l'iodure de potassium à l'intérieur et à l'extérieur. Au bout de vingt jours, il y avait un changement en bien si remarquable, que bien que mes occupations ne m'aient pas permis de suivre ce malade plus longtemps, je demeure convaincu qu'il a été complétement guéri, grâce au médicament signalé.

NEBOUX, D. M. P.,
Chirurgien-major de la marine royale.

BIBLIOGRAPHIE.

Des Hallucinations, ou Histoire raisonnée des apparitions, des visions, des songes, de l'extase, du magnétisme et du somnambulisme, par M. BRIERRE DE BOISMONT, *docteur en médecine, lauréat de l'Institut, de l'Académie de médecine, etc.*

Dans l'histoire des hallucinations se trouvent impliquées les questions les plus élevées de la philosophie, de la morale et de la religion. M. Brierre de Boismont n'a reculé devant aucune de ces questions et les a toutes traitées avec autant d'indépendance que de science profonde. Tout le monde sait que les médecins qui, depuis un certain nombre d'années, se sont occupés d'aliénation mentale, sont arrivés, sur un certain nombre de ces questions, aux solutions les plus imprévues. Au sens de ces auteurs, Pythagore, Socrate, Platon, Plotin, saint Augustin, Pascal, etc., les plus glorieux représentants de la philosophie et de la morale, furent des insensés en tout point comparables à ceux que renferment Charenton ou Bicêtre. MM. Lelut et Leuret surtout se sont fait remarquer ici par l'audace de leurs conclusions : le premier a écrit un livre tout exprès pour démontrer que Socrate, cette sublime intelligence, qui s'éleva du premier bond aux plus hautes conceptions de la philosophie, fut un fou ; le sacrifice qu'il fit à Esculape du coq symbolique n'a pu le sauver de l'outrage de ce diagnostic posthume. Le second, généralisant la même idée, n'a vu que des insensés dans tous les hommes chez lesquels quelques hallucinations fugaces ou permanentes se sont mêlées aux conceptions les plus vastes, aux entreprises qui supposent autant d'énergie et de constance dans la volonté, que de perspicacité dans l'esprit. M. Brierre de Boismont a abordé hardiment la discussion d'une théorie qui est un sanglant outrage au génie de l'humanité, et qui sape tout à la fois les fondements de la morale et de la religion. S'il était

démontré en effet que les hommes qui, par leur génie ou leurs vertus, ont exercé la plus haute influence sur le développement progressif de l'humanité, étaient des fous, que sommes-nous, où est la vérité, que signifie la distinction du bien et du mal, du juste et de l'injuste? Notre destinée morale s'éclipse dans un vertige de la raison.

Pour nous, qui croyons avec M. Brierre de Boismont aux vérités que le christianisme apporta à la terre, nous faisons dans ce moment abstraction de ces vérités, et nous disons qu'en dehors de cette lumière, l'homme non prévenu peut encore légitimement protester contre ces inductions fausses de la science. C'est surtout en se tenant sur ce terrain que l'auteur a réfuté par des arguments victorieux cette dégradante théorie. Les hallucinations sont compatibles avec la plus parfaite intégrité de l'intelligence; mais, pour les concevoir ainsi, il ne faut point séparer du siècle où ils vécurent les hommes chez lesquels celles-ci se rencontrèrent; il faut faire revivre avec eux le milieu social dans lequel ils se développèrent, sur lequel ils agirent avec tant de puissance, et dont ils subirent nécessairement aussi la réaction. Dans de telles conditions, la vie intectuelle, psychologique, diffère essentiellement, sous plus d'un rapport, de la vie molle, languissante, dissipée, qui est devenue celle de la plupart des hommes. Qu'y a-t-il d'étonnant dès lors que la pensée ardemment concentrée sur les problèmes les plus élevés de la philosophie et de la religion, et mêlant les lumières de la raison et de la foi, soit tombée dans quelques aberrations physiologiques? Mais, au lieu de faire découler votre diagnostic de l'étude de ce phénomène isolé, examinez la vie tout entière de ces hommes ardents, passionnés, dans la poursuite du but élevé qu'ils se proposent, et vous verrez si ce furent là des insensés. Nous engageons les médecins à suivre sans préoccupation systématique M. Brierre de Boismont dans cette discussion si palpitante d'intérêt ; nous sommes convaincu qu'ils trouveront comme nous que là est la vérité.

Cette solution se rattache, dans la pensée du savant médecin dont nous parlons en ce moment, à la manière dont il comprend la théorie de l'aliénation mentale. Bien que ce livre n'ait point pour but de développer cette théorie, comme c'est elle qui le marque de son cachet d'originalité, nous devons au moins l'indiquer. Spiritualiste, l'auteur admet deux sources d'idées dans l'homme, celles qui proviennent des objets qui tombent sous les sens, et celles qu'on appelle générales, telles que celles de substance, d'espace, de temps, d'infini, de causalité, etc.; or, suivant lui, les idées primitives, celles qui constituent l'essence même de l'âme, ne sont point susceptibles d'altération, elles ne reçoivent aucune atteinte de la folie. Les idées qui arrivent à l'intelligence par

la voie des sens sont susceptibles seules du mode d'altération qui constitue la folie : « Et si, dit l'auteur, l'observation superficielle des faits semble montrer que les premières sont quelquefois amenées dans le cercle fatal, un examen plus attentif prouve qu'il n'y a d'intéressé que la forme sensible que l'imperfection de notre nature nous oblige à donner aux choses spirituelles. »

Si nous ne nous abusons pas, il y a là le germe d'une théorie de l'aliénation mentale qui est appelée à la plus brillante destinée. Si M. Brierre de Boismont croit devoir quelque jour la développer, nous l'engageons à lire et à méditer un ouvrage aussi profondément pensé que sagement écrit, *le Cartésianisme*, par M. Bordas-Demoulin, et où il verra démontré de la manière la plus vigoureuse le spiritualisme le plus élevé.

Nous nous contenterons de ces sommaires indications, parce que si nous voulions faire l'analyse complète d'un ouvrage aussi substantiel et aussi intéressant que celui-ci, force nous serait de dépasser de beaucoup les limites dans lesquelles nous devons nous renfermer. Nous ne finirons pas toutefois sans ajouter à ce que nous avons dit, qu'au point de vue de la pratique même, l'ouvrage de M. Brierre doit être éminemment utile.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Kyste de la région sus-orbitaire. — Le fait suivant, qui nous a été fourni par la clinique de M. Jobert, à l'hôpital Saint-Louis, quoique fort simple en apparence, mérite cependant de fixer l'attention sous le double rapport de la thérapeutique et de l'évolution anatomique de la maladie qui en fait le sujet. Un homme, âgé de vingt-cinq ans, se présente avec une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, située sous la portion de la région sus-orbitaire gauche, qui correspond à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes de l'arcade sourcilière : elle anticipe un peu sur la paupière supérieure ; élastique, rénitente au toucher, bien limitée à sa base qui est immobile et adhérente à l'os frontal, cette tumeur soulève la peau ; celle-ci est lisse, ne présente aucun changement de couleur ni de caloricité, et ne paraît pas adhérer à la tumeur qu'elle recouvre ; en la comprimant, on voit qu'elle est indolore et qu'elle est irréductible. Ce dernier caractère devait faire éloigner l'idée qu'elle pouvait provenir de l'intérieur du crâne ou de la cavité du sinus frontal. Il n'a jamais d'ailleurs existé aucun trouble dans la vision ; mais ce qui rendit le diagnostic moins incertain,

ce furent les notions fournies par le malade, qui raconta que cette tumeur avait paru dès les premières années de son enfance ; qu'âgé de dix ans, il avait vu un médecin qui en avait extrait du liquide. Trois ans plus tard, une nouvelle opération fut faite par un autre médecin, la tumeur ayant reparu. Cette seconde opération, qui, au dire du malade, fut plus douloureuse que la première et accompagnée d'effusion de sang, ne tarda pas d'être suivie d'une seconde récidive. Il devenait évident d'après cela qu'il s'agissait d'un kyste contre lequel un traitement insuffisant avait été dirigé à deux reprises, et dont il devenait urgent d'effectuer la cure radicale. Dans cette vue, M. Jobert en pratiqua l'ablation, tout en se tenant prêt à ruginer l'os lui-même s'il l'eût trouvé altéré. Quand on opère dans cette région, abondamment pourvue de filets nerveux, il faut, afin de les ménager le plus possible, inciser la peau parallèlement à leur direction, c'est-à-dire verticalement. Cette incision ayant été pratiquée d'après le précepte, et la tumeur disséquée dans une grande étendue, on trouva qu'elle adhérait intimement au périoste, ce qui exigea de la part de l'opérateur une dissection plus attentive afin de ne pas dénuder l'os en en détachant la tumeur. Celle-ci enlevée, on trouva que le plan osseux contre lequel elle reposait était assez profondément déprimé et qu'il présentait une sorte d'excavation circonscrite et qui représentait exactement la forme de la tumeur. On tenta la réunion de la plaie par première intention à l'aide de points de suture ; elle échoua : un pansement à plat fut mis en usage, et la guérison ne tarda pas à être complète. Quant à la nature de la tumeur, elle est, comme tous les kystes anciens, formée d'une coque fibreuse contenant une substance d'apparence gélatineuse, semi-liquide, à laquelle sont mêlés des grumeaux blanchâtres très-semblables à des grains de riz. La double récidive que signale cette observation nous montre combien il importe de ne jamais s'en tenir à la simple ponction, ni même à l'incision dans le traitement des kystes, et qu'il ne faut pas craindre de recourir dès l'origine à une opération indispensable pour que la cure soit radicale ; c'est s'exposer à voir la tumeur se transformer et devenir composée de simple qu'elle était primitivement ; en même temps que par son contact prolongé avec les tissus environnants elle peut, comme cela a failli arriver pour l'os frontal, produire de fâcheuses complications.

Emploi du sous-nitrate de bismuth dans la diarrhée. — Quelques médecins ont employé avec succès, dans ces dernières années, le sous-nitrate de bismuth dans la diarrhée, suite d'inflammation intestinale, mais sans fièvre. On se trouve surtout bien de l'administration de ce remède dans la diarrhée des enfants à l'époque du sevrage. Dans

ce moment, M. Rayer emploie cette médication dans son service à l'hôpital de la Charité. Ce médecin prescrit le sous-nitrate de bismuth associé au charbon contre les diarrhées qui compliquent les divers états de consomption, particulièrement celle des tuberculeux. Il l'administre aussi aux individus atteints de fièvre typhoïde, quand la diarrhée se montre rebelle. Le sous-nitrate de bismuth et la poudre de charbon sont mélangés à parties égales, et le tout est prescrit aux malades à la dose de 20, 30 et 40 centigrammes par jour, divisé en plusieurs paquets. Cette médication réussit assez bien.

Cas rare de tumeur osseuse siégeant sur le premier métatarsien. —Au numéro 17 de la salle Saint-Côme à l'Hôtel-Dieu, a été couché le nommé Clément, âgé de vingt-un ans, tailleur d'habits. Cet homme présente au niveau de la tête du premier métatarsien du pied droit une tumeur grosse comme une petite noix, très-dure et offrant de la mobilité. Cette tumeur, en raison de son siége et des frottements qu'éprouvait sa surface par le contact de la chaussure, rendait la marche pénible ; elle avait été pour le malade un motif suffisant d'exemption du service militaire : ces froissements réitérés la rendaient souvent le point de départ de douleurs assez vives qui remontaient sur le pied et le long de la partie inférieure de la jambe. Aussi Clément désirait-il vivement être débarrassé de sa maladie. M. Chassaignac, chargé par intérim du service, s'est décidé à l'opérer. Bien que la tumeur parût mobile, il jugea convenable de se munir d'une scie dans la crainte que la mobilité des téguments ne l'eût induit en erreur, et qu'il eût réellement affaire à une exostose. Un lambeau à convexité inférieure a servi à découvrir la tumeur ; après avoir disséqué toute la circonférence dans sa partie la plus superficielle, on est arrivé sur la partie profonde, qu'on a pu sans difficulté détacher de la tête du métatarsien, qui est restée enveloppée de son périoste ; il existait une espèce de surface articulaire entre l'os accidentel et l'os normal; cette tumeur osseuse n'avait aucune connexion avec le tendon du jambier antérieur : ce n'était pas un os sésamoïde. M. Chassaignac a pratiqué la réunion par première intention. Le malade a guéri sans accident.

Formule d'un topique odontalgique efficace. — Chaque dentiste a sa composition particulière, sa pâte, son liquide, pour diminuer ou enlever la douleur des dents. Les annonces des journaux politiques vantent aussi je ne sais plus combien de spécifiques de cette nature. Le fait est que ces merveilleux moyens réussissent quelquefois à calmer l'odontalgie pour un temps, mais elle se reproduit ensuite avec encore plus

de rage. Cela tient le plus souvent à l'extrême activité du liquide employé, soit teintures concentrées, soit créosote. Ces liquides ne bornent pas leur action sur le nerf dentaire, ils agissent très-souvent sur les gencives, sur le périoste de la dent qu'ils enflamment. De là, des douleurs plus violentes et qui sont exaspérées par le retour à l'emploi des mêmes moyens. L'indication, dans ces cas, est dans l'application de sangsues sur les gencives, dans l'eau de guimauve tiède mise en contact pendant longtemps avec la partie enflammée. Nous avons vu des douleurs furieuses de dents, tenant à l'abus des odontalgiques, enlevées à l'instant par une ou deux sangsues sur les gencives. Il est difficile, de prime abord, dans quelques cas, de distinguer si la douleur part du nerf d'une dent peu profondément cariée, ou si elle tient à l'inflammation de son périoste : Quand on percute la dent avec un corps dur, elle est douloureuse dans les deux cas. Un moyen qui nous a quelquefois réussi pour asseoir ce jugement, c'est l'eau froide dans la bouche. Si la carie arrive jusqu'au centre de la dent, le froid agit douloureusement sur le nerf dentaire ; s'il n'en est pas ainsi, et si la douleur tient à une périodontite, l'application de l'eau froide, au lieu d'être pénible, soulage la douleur. Ces faits sont connus de presque tout le monde. Nous ne les rappelons que pour avoir l'occasion de signaler les avantages que, dans une foule de circonstances, nous avons retirés sur nous et sur d'autres de l'usage dans l'odontalgie d'une pâte alumineuse éthérée. La préparation consiste à verser sur une certaine quantité de sulfate d'alumine en poudre une suffisante quantité d'éther nitrique pour en faire une pâte molle. On prend, avec l'extrémité d'une petite tige de bois aplatie, un peu de cette pâte, et l'on en remplit le trou de la dent. Cette application, qu'on peut répéter au besoin, au bout d'une demi-heure, enlève la douleur. Cette préparation n'irrite pas les gencives comme les teintures. Il est même utile d'en mettre une légère couche sur les gencives lorsqu'elles sont congestionnées et douloureuses par suite de la douleur dentaire. Avec de la persévérance dans l'emploi de ce seul topique, plusieurs personnes sont parvenues à rendre indolores et à conserver plusieurs années encore des dents profondément altérées.

Fracture du calcanéum par écrasement.—A l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Gabriel, nº 36, est couché un homme qui fit une chute, d'un second étage, sur la plante des pieds ; il tomba ainsi d'aplomb, sans fléchir les membres inférieurs. A l'instant même il ressentit une vive douleur et cessa de pouvoir marcher. Nous observons, à son en-

trée à l'hôpital, un gonflement marqué au-dessous des deux malléoles, une coloration violacée de la peau, et une vaste ecchymose qui comprend le talon et un peu le bas de la jambe; le pied n'a aucune direction vicieuse; seulement, en raison du gonflement sous-malléolaire, qui est considérable, les malléoles sont comme perdues entre les deux saillies latérales qui bordent la région calcanéenne; le pied exécute encore quelques mouvements de va-et-vient; il n'y a point d'écartement des deux malléoles. Douleur vive à la pression, mais seulement au talon. Quand on raidit ce dernier, on perçoit un petit bruit de craquement en même temps qu'une sensation de glissement. Le pied est manifestement aplati : la hauteur du talon est moindre. A l'aide de la mensuration on s'assure que la distance du pied aux malléoles est plus faible du côté blessé que de l'autre côté. En présence de ce caractère, quel diagnostic porter? Est-ce une entorse? Non, car la crépitation et la diminution du pied dans le sens vertical ne permettent pas de méconnaître une fracture. Est-ce une fracture du péroné? Dans celle-ci le pied est renversé en dehors; il n'y a rien de semblable dans l'espèce. Quant au diastasis des deux os de la jambe, on ne peut le confondre avec ce qui existe ici; l'absence d'écartement entre les malléoles rend toute erreur impossible à cet égard. C'est donc bien évidemment une fracture par écartement du calcanéum lui-même, et que l'on pourra toujours aisément reconnaître aux symptômes suivants : 1° augmentation de volume du pied due en partie au gonflement des parties molles, mais aussi à l'écrasement du calcanéum élargi aux dépens de sa hauteur; 2° crépitation souvent fort obscure, toutefois à cause du peu de déplacement des fragments; 3° douleur à la pression dans la partie fracturée; 4° dans quelques cas, M. Bérard fait remarquer qu'il y a déviation du pied; cette déviation est due alors à ce que le tassement a plus particulièrement lieu d'un côté ou de l'autre. Cette déviation, qui pourrait en imposer pour une fracture de la malléole, est produite par un mécanisme tout différent. Le traitement de la fracture dont il s'agit est fort simple; M. Bérard emploie les ventouses scarifiées comme résolutifs, et le repos le plus complet afin de prévenir l'inflammation. Il n'applique point d'appareil, il se borne à faire garder le repos jusqu'à parfaite consolidation.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

AMYGDALITE (*de la cautérisation au nitrate d'argent dans l'*). Ce n'est pas une méthode nouvelle que celle qui consiste à porter le crayon de nitrate d'argent sur les amygdales enflammées, dans le but de hâter la

résolution de la phlogose dont elles sont actuellement le siége; cette méthode, que nous avons vu mettre en usage avec des succès fort divers par un grand nombre de praticiens, dérive de ce principe peut-être un peu trop généralement adopté, que la cautérisation est un moyen puissant de guérison dans les inflammations des membranes muqueuses accessibles à nos moyens d'action extérieure. Ainsi, la membrane muqueuse du canal de l'urètre, celle du pharynx, des paupières, du canal nasal, ont toutes été soumises à la cautérisation pour l'état pathologique dont il s'agit. — Aujourd'hui M. le docteur Greppo vient appuyer de l'autorité de faits nouveaux la cautérisation pratiquée dans l'amygdalite aiguë. Il fait remarquer que cette affection est fort commune dans l'armée, et que depuis fort longtemps peu d'hommes du 49e régiment de ligne, auquel il est attaché en qualité d'aide-major, sont entrés à l'hôpital pour cette maladie; cela tient au soin qu'a le chirurgien-major, M. Durand, de porter le crayon de nitrate d'argent sur la membrane phlogosée, et de la cautériser régulièrement dans toute son étendue. Il a constamment remarqué, dit l'observateur, que vingt-quatre heures après, la déglutition est déjà plus facile, et, dans un espace de trois ou quatre jours, deux ou trois cautérisations étant pratiquées, le malade est à même de reprendre son service. L'auteur fait observer que ce moyen énergique ne peut plus être mis en usage avec autant de succès si la période suppurative est arrivée. —Nous ne comprendrions pas, nous, pour notre part, qu'on en pratiquât la cautérisation dans cette période extrême de l'inflammation, qui présente alors une terminaison décisive. On sait en effet que, dans l'angine tonsillaire, la guérison est d'ordinaire immédiatement obtenue sitôt qu'un abcès s'est fait jour ou que l'art lui a donné issue. A quoi bon dès lors mettre en usage une méthode attractive, quand la maladie a suivi toutes ses phases et est à la veille de se terminer? Le docteur Greppo, tout en préconisant la cautérisation contre l'amygdalite, a soin d'établir une distinction entre cette maladie simple et toute locale, et celle qui est compliquée d'un embarras gastrique; complication assez fréquente, et qui, pour que la cautérisation soit efficace, exige le concours d'un adjuvant indispensable. Celui que, de préférence, emploie dans ce cas et avec succès le docteur Durand, est l'émétique, dont il administre cinq ou six centigrammes en lavages. — Nous ne terminerons pas ce court exposé du mémoire de notre confrère sans faire remarquer combien les résultats fournis par les cautérisations, aujourd'hui tant et si généralement préconisées dans le traitement des inflammations, sont variés et souvent même opposés. — A quoi tient cette différence? à ce que, suivant nous, on n'a pas assez tenu compte dans les maladies des différences individuelles et des conditions physiologiques de chaque constitution en particulier. Dans cette idée d'efficacité absolue que l'on accorde à la cautérisation comme méthode exclusive, on en a fait une sorte de niveau inflexible et nécessaire auquel devaient s'accommoder tous les individus atteints d'une inflammation muqueuse dans une des régions que nous énumérions en commençant. Et cependant il existe une différence radicale dans une inflammation prise chez un sujet sanguin, vigoureux, dont le système musculaire est très-développé, et le même état envisagé sur une constitution débile, lymphatique et appauvrie. Si nous prenons à dessein les deux extrêmes dans l'état physiologique normal, on comprendra qu'entre chacun d'eux il existe une série de nuances intermédiaires, présentant chacune ses aptitudes morbides particulières, et qui font que la thérapeutique doit, pour chaque cas en particulier, prendre des formes et des allures en rapport avec ces mêmes aptitudes. C'est parce que les praticiens ne font pas toujours suffisamment attention à ces différences organiques, que nous ne pouvons qu'indiquer ici très-succinctement, que nous voyons les succès thérapeutiques proclamés la veille par celui-ci, être le lendemain renversés par les revers qu'un autre a essuyés en se conformant cependant aux indications prescrites par le premier. (*Journ. de méd de Lyon*, novembre 1845.)

CANCER (*De l'anaplastie appliquée au traitement du*). Depuis les premières tentatives faites par M. Roux de Saint-Maximin en vue de guérir le cancer, au moyen de l'anaplastie, cette méthode de traitement

a été souvent mise en usage par plusieurs chirurgiens, sans que l'on sache bien au juste quels résultats elle a donnés en définitive.

Le docteur Sédillot, professeur de clinique chirurgicale à Strasbourg, vient à son tour d'appeler notre attention sur ce moyen curatif, dont l'observation seule pourra décider de la valeur et de l'efficacité. — *Obs.* — Le sujet sur lequel la méthode anaplastique fut appliquée le 15 juillet 1845, est une femme de trente-cinq ans, qui portait un cancer de la face interne et antérieure du genou droit, datant de dix-huit mois, et vainement combattu à sept reprises différentes par l'instrument tranchant et divers modes de cautérisations. Ce cancer est constitué par une tumeur grosse comme un œuf de poule, à surface mamelonnée, ayant donné lieu à des hémorrhagies spontanées et abondantes; elle siége près du condyle interne du tibia; elle s'accompagne de tous les caractères assignés aux cancers, tels que douleur et odeur *sui generis*. M. Sédillot tenta d'abord l'emploi de la cautérisation, à l'aide du caustique de Ruff composé d'acide sulfurique anhydre et de safran pulvérisé : cette tentative avorta complétement. Fallait-il amputer la cuisse, ou bien tenter de nouveau l'extirpation de la tumeur cancéreuse, qui avait récidivé pour la septième fois? Ce fut ce dernier parti qu'on suivit. En conséquence, M. Sédillot cerna la maladie par deux incisions demi-circulaires, et il parvint à l'enlever en totalité : un des tendons de la patte d'oie s'y trouva compris, ainsi que les tissus fibreux qui recouvrent le condyle du tibia, dont la surface parut assez saine pour qu'il ne fût pas besoin de la ruginer. La perte de substance, suite de cette ablation, est ovalaire et a 8 à 9 centimètres de diamètre. M. Sédillot tailla ensuite, aux dépens du mollet et de la face interne de la jambe, un lambeau de 12 centimètres de hauteur sur 9 de large, ayant un pédicule suffisamment épais et assez vasculaire. Ce lambeau, convenablement disséqué, l'opérateur l'appliqua sur la plaie résultant de l'ablation du cancer, qui se trouva ainsi entièrement couverte. Ce lambeau, ramené sur la plaie par un simple mouvement de demi-rotation, se continuait avec elle par un de ses bords : des points de suture et des bandelettes agglutinatives le maintinrent fixé. La réunion immédiate s'opéra très-incomplétement, malgré l'emploi des irrigations d'eau froide, continuées pendant dix jours, et la face interne du lambeau et quelques millimètres de la face antérieure furent frappés de gangrène. Malgré cet accident, l'ulcération qui remplaça la chute des escharres, marcha franchement vers la cicatrisation; et, le 1er septembre, la plaie de la jambe se trouvait complétement fermée. — Est-ce à dire que le lambeau anaplastique une fois cicatrisé avec les tissus sous-jacents et ambiants, la récidive du cancer n'est plus à craindre? Telle ne saurait être la prétention du chirurgien; ou bien alors il méconnaîtrait la prédisposition inhérente à la constitution même de l'individu, et mise hors de doute par l'existence même de la maladie à laquelle on a tenté de remédier : disons donc, avec M. Sédillot, que la guérison du cancer par la méthode anaplastique, si elle a lieu, sera restreinte à la manifestation morbide, au mal revêtu de ses formes et de ses caractères spéciaux, et ne s'étendra nullement à la prédisposition elle-même; celle-ci persistera, et restera démontrée par le fait du cancer précédemment apparu. L'application de l'anaplastie aux affections cancéreuses convient surtout dans le cas où les tissus n'offrent pas une intégrité suffisante, et dans ceux où la perte de substance exige la formation d'une vaste cicatrice, deux circonstances dans lesquelles la réunion par première intention devient impossible; elle a l'avantage alors de suppléer à l'absence de ces mêmes tissus, et d'obvier à tous les inconvénients qui se rattachent à la formation de ces vastes productions inodulaires, dont l'organisation et le parfait achèvement est si souvent enrayé par la récidive du cancer, qui n'attend pas pour repulluler que la plaie résultant de la première opération soit cicatrisée. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

CROUP. *Opération de trachéotomie suivie de guérison.* Un praticien distingué de Tours, M. le docteur Morand, publie dans le Recueil de la Société de médecine d'Indre-et-Loire une observation des plus remarquables, que nous regrettons, vu sa longueur, de ne pouvoir rapporter en détail. Nous nous bornerons donc à signaler les circonstances pratiques

les plus saillantes. Le 3 juin, M. Morand est appelé auprès d'un jeune enfant de huit ans, affecté d'un mal de gorge. Il trouva la muqueuse du pharynx tapissée de larges concrétions diphthéritiques; il y en avait peu sur les tonsilles qui présentaient une rougeur et une tuméfaction assez prononcée : fièvre modérée, point de sifflement ni de gêne de la respiration. La diphthérite serpigineuse était évidente; le cas pressant. M. Morand fit à l'instant une vigoureuse cautérisation avec une solution au quart du nitrate d'argent sur toute la muqueuse pharyngienne et sur l'épiglotte. Le 4 juin, la cautérisation fut répétée trois fois dans la journée. Le 5 au matin on entend le début du redoutable sifflement laryngo-trachéal; à midi ce sifflement est tout à fait caractérisé; le soir il est très-prononcé, et le mal va toujours croissant malgré les cautérisations. Le 6 juin la respiration est très-embarrasée, et une consultation établit l'urgence de recourir de suite à la trachéotomie. Elle est pratiquée par M. Morand. Nous ne décrirons pas l'opération. Nous n'en suivrons pas jour par jour les suites. Nous dirons seulement que le petit malade a couru plusieurs fois le danger de la suffocation, par suite de l'engouement des mucosités épaisses et desséchées qui obstruaient l'ouverture de la trachée. Il a fallu beaucoup de soin pour obvier à cet inconvénient qui est le plus grave qui survienne après la trachéotomie. C'est pour diminuer ce danger que M. Morand rejette les canules qui paraissent le provoquer, et leur préfère le dilatateur à ressort et à virole qui tient les lèvres de la plaie largement écartées, et permet à l'écouvillon fréquemment introduit dans la trachée d'extraire les concrétions. La chaleur développée par l'inflammation de la plaie, et l'air qui la traverse sans cesse amènent le dessèchement des mucosités et leur agglutination aux bords de cette plaie et aux parois de la trachée; agglutination qui est parfois assez forte pour les empêcher de se détacher, et contre laquelle les quintes de toux seraient souvent impuissantes si l'art ne venait en aide : il faut pour cela des soins et une surveillance continuels. On a imaginé de placer près de la plaie une éponge imbibée d'eau. M. Morand a eu recours à ce moyen ; mais ayant reconnu son insuffisance, il l'a remplacé par le suivant : il enduit d'huile la plaie ainsi que ses bords, puis il étend sur les branches (valves) du dilatateur un large morceau de gaze que l'on humecte souvent d'eau fraîche. L'air, en passant à travers, perd de sa sécheresse en même temps que la gaze mouillée, mise en contact avec les bords de la plaie, en tempère la chaleur et l'inflammation. Il en résulte que les mucosités qui arrivent des bronches sont moins épaisses, moins collantes et qu'elles sont plus facilement expulsées.

La trachéotomie est un moyen de salut que les médecins ne doivent pas négliger. Mais à quelle époque doit-elle être tentée? Les opinions sont partagées. M. Morand pense qu'il serait trop hâtif d'opérer sitôt que les voies aériennes sont envahies par les fausses membranes; qu'il faut encore cautériser souvent et fortement; que le moment de l'opération n'est arrivé que lorsqu'il n'y a plus rien à attendre des cautérisations; c'est-à-dire lorsque les signes qui précèdent l'asphyxie commencent à paraître; que la dyspnée est considérable et que l'aspect du malade annonce que l'existence ne peut se prolonger au delà de six à sept heures. A cette époque les cautérisations doivent être cessées et faire place à la trachéotomie. Alors plus de retard. Si l'on attend le dernier moment on rend les chances bien plus douteuses.(*Recueil de la soc. méd. d'Indre-et-Loire*, deuxième trimestre 1845.)

CROUP (*Des inspirations chlorhydriques dans le traitement du*). Témoin de la répugnance extrême des parents pour la trachéotomie, des regrets qu'ils témoignent constamment quand le succès ne l'a pas couronnée; convaincu de l'efficacité presque constante d'un traitement général qui ne soit pas aidé de la médication topique, et frappé de la difficulté de porter les agents médicamenteux liquides ou solides jusque dans le larynx, M. Homolle a depuis plusieurs années remplacé ceux-ci par l'inspiration du gaz acide chlorhydrique, qui lui paraît devoir agir à la fois comme substitutif excitant des sécrétions muqueuses, et enfin comme dissolvant, lorsqu'il est dilué, de l'albumine coagulée constituant les fausses membranes. Il rappelle trois observations de croup guéri sous l'influence de cette médication, et présentées par lui à la Société médico-pratique en 1842. Ces faits

lui avaient, en outre, démontré l'innocuité complète de ces vapeurs pour le malade aussi bien que pour les assistants. Depuis, trois autres croups traités par la même médication avaient été également suivis de guérison ; mais deux revers successifs sont venus ébranler la confiance qu'il commençait à mettre dans l'emploi de ce moyen.

Il rapporte ces deux observations. Les enfants étaient arrivés à la période de suffocation lorsqu'il fut appelé. Chez le premier, les lambeaux membraneux bifurqués et canaliculés rejetés par le vomissement ne laissaient aucun doute sur l'extension de l'affection aux rameaux bronchiques ; et chez l'autre, en l'absence de cette pièce de conviction, l'état de l'enfant annonçant une asphyxie imminente, indiquait la nécessité de pratiquer au plus tôt la trachéotomie. Ce ne fut donc que sur le refus des parents que notre collègue se décida à recourir aux inspirations chlorhydriques. Malgré des conditions aussi défavorables, une amélioration remarquable eut lieu ; la dyspnée disparut ainsi que le sifflement laryngo-trachéal ; la voix perdit le caractère croupal ; l'appétit et la gaieté revinrent, et ce mieux persista, dans le premier cas, cinq jours, et six dans le second. Malheureusement les accidents reparurent, et malgré la continuation des moyens employés, la mort eut lieu le huitième jour pour le premier enfant, et le neuvième pour le second. — La trachéotomie avait été pratiquée chez tous deux le dernier jour. L'autopsie ne put être faite. — M. Homolle, malgré ce funeste résultat, ne croit pas que les inspirations chlorhydriques puissent être condamnées sans appel ; car deux insuccès sur huit cas de croup ne donnent pas encore une proportion aussi défavorable que par les autres médications, et l'amélioration qui suivit leur emploi dans ces deux cas dénote certainement une action puissante si l'on tient compte de leur gravité. (*Gazette des Hôpitaux*, janvier 1846.)

ÉPILEPSIE. (*Accès quotidiens guéris par le nitrate d'argent à l'intérieur.*) Après de nombreuses expériences comparatives dans l'épilepsie, M. Rayer pense que le meilleur moyen à employer contre cette affection est le nitrate d'argent cristallisé. Il avoue néanmoins que, hormis le cas que nous allons rapporter, si tant est qu'on puisse le considérer comme un cas de guérison complète, il n'est arrivé jusque-là qu'à des améliorations très-notables sans doute, puisque les accès étaient éloignés et leur durée devenait très-courte, mais jamais sans pouvoir faire entièrement disparaître la maladie. Voici l'observation présente.

Une jeune femme de vingt ans, maigre et de constitution faible, épileptique depuis l'âge de quinze ans, a été couchée au n° 11 de la salle Saint-Vincent, à la Charité, service de M. Rayer, et y est restée en traitement pendant une grande partie de l'année 1845. Les accès revenaient tous les jours ; quelquefois même elle en avait deux ou trois dans une seule journée. Elle avait subi divers traitements dans plusieurs hôpitaux de Paris sans le moindre succès. Elle est entrée au commencement du mois de mai dernier, se trouvant à cette époque enceinte de sept mois. Après avoir fait constater chez elle la réalité d'une épilepsie quotidienne, M. Rayer lui a fait prendre à l'intérieur du nitrate d'argent, d'abord à la dose de 3 centigrammes, puis à celle de 5 centigrammes par jour (un demi-grain à un grain). Le nitrate d'argent était pulvérisé, puis réduit en une pilule à l'aide d'un peu de gomme. Après quelques jours de l'emploi de cet agent, les accès ont déjà perdu de leur force et de leur fréquence. Au bout d'un mois de traitement, les accès ont complétement disparu. Vers l'approche du terme de la grossesse, on a éloigné d'abord les prises du médicament, puis on les a cessées tout à fait pour y revenir de temps en temps. L'accouchement s'est terminé heureusement, et il est venu un enfant vivant, mais qui est mort au bout de quinze jours. Les accès d'épilepsie se sont reproduits à de rares intervalles après les couches ; mais le retour au nitrate d'argent a paru en avoir raison, et l'on n'en a plus revu jusqu'au 8 octobre, jour de la sortie de la malade, pendant les quatre ou cinq mois que son séjour s'est encore prolongé. Il y a donc quatre mois pleins que la guérison peut passer pour complète. Cette femme a pris en tout une cinquantaine de pilules de nitrate d'argent. Ce médicament n'a point produit chez elle la coloration qu'on lui a plusieurs fois reproché d'occasionner chez les di-

vers individus qui en ont fait un usage prolongé. (*Journ. des Connaiss. médico-chirur.*, janvier 1846.)

EPISTAXIS (*Cas très-remarquable arrêté par la compression de l'artère carotide primitive.*) Le concierge de la maison habitée par M. Piorry fut atteint, le 28 novembre, à cinq heures du matin, d'une épistaxis abondante qui dura jusqu'à neuf heures; à onze heures l'hémorrhagie recommença avec force. Enfin M. Piorry fut appelé pour arrêter le sang; il plaça des ligatures au-dessous du genou, et recommanda l'élévation de la tête. Ce moyen ne réussissant pas, il y ajouta l'introduction d'un tampon de charpie dans l'orifice antérieur de la narine, siége de l'hémorrhagie, en même temps qu'il faisait pencher en avant la tête du malade pour faciliter la formation d'un caillot dans les fosses nasales. Mais le sang continuait de couler par la bouche, et le malade s'affaiblissait. En vain aussi M. Piorry employa l'application de la glace sur le nez, en recommandant au malade de conserver un morceau de cette glace dans la bouche; il allait en venir à pratiquer le tamponnement des fosses nasales, opération pénible pour le malade et non toujours suivie de succès. Mais alors M. Piorry eut l'idée de comprimer la carotide primitive du côté correspondant à celui de la narine siége de l'hémorrhagie. Aussitôt l'écoulement de sang s'arrêta tout à coup, la compression fut maintenue pendant vingt minutes, et il n'y a pas eu récidive. Ainsi, grâce à cette heureuse inspiration due à l'anatomie et à la physiologie, l'épistaxis, qui durait depuis cinq heures du matin jusqu'à sept heures du soir presque sans interruption, fut arrêtée instantanément. (*Gaz. des Hôp.*, janvier 1846.)

EXTRACTION DE L'IODE *de l'urine des individus soumis à l'action de cette substance.* Dans ces derniers temps, l'iode ayant été porté à un prix commercial très-élevé, et, de plus, la qualité de celui qui se trouve aujourd'hui dans le commerce de la droguerie n'étant, le plus souvent, rien moins que parfaite, un chimiste italien, M. Righini, a eu l'idée de chercher à retirer l'iode de l'urine des individus soumis à l'action de cette substance ou de ses combinaisons, pour le rendre apte à être employé de nouveau dans les prescriptions médicinales, et il est parvenu à l'isoler pour la plus grande partie et à l'obtenir dans un état de pureté parfaite. Voici, en peu de mots, le procédé dont il s'est servi pour arriver à ce résultat.

Il prend l'urine des malades soumis à la médication iodée (on peut la recueillir le jour même où les préparations d'iode sont ingérées), et il l'abandonne à elle-même pendant un jour ou deux. Pendant ce temps, il s'y forme un sédiment composé de phosphate de chaux, d'iodure de potassium, d'iodure de sodium, de carbonate et de lactate de soude, etc. L'urine est alors séparée de ce sédiment par la filtration, puis soumise à la température de 10° au-dessous de 0 du thermomètre de Réaumur, et sous l'influence de ce refroidissement, sa partie aqueuse se congèle, et se sépare ainsi de la portion du liquide qui tient différents sels à l'état de solution. Ce liquide est réuni au sédiment resté sur le filtre, et l'on y ajoute de l'acide sulfurique concentré jusqu'à neutralisation complète des carbonates, ou mieux jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'effervescence. Alors, on étend le mélange avec de l'eau distillée, et on verse par-dessus une solution d'amidon, en ayant soin de bien agiter le tout. Au bout de quelques heures, l'iode se précipite à l'état d'iodure d'amidon, et en partie aussi à l'état d'extrême division.

Après avoir séparé le précipité iodique du liquide surnageant, et l'avoir recueilli au moyen d'un filtre, on le lave à l'eau distillée; puis, sans le faire sécher, mais se bornant à en séparer le plus exactement possible l'eau interposée, on l'introduit dans une cornue de verre avec le huitième de son poids d'acide sulfurique. On adapte un ballon à la cornue, et, après avoir luté les jointures de l'appareil, on chauffe pour volatiliser l'iode, en ayant la précaution de maintenir le ballon qui sert de récipient à une basse température, par le moyen de linges trempés dans l'eau glacée.

L'iode qui passe dans le récipient s'y dépose en belles lamelles et en paillettes d'une belle couleur bleue, entièrement vaporisables à la température ordinaire quand on les place sur un papier blanc, colorant passagèrement celui-ci en jaune, se dissolvant entièrement dans l'alcool, et

ne retenant pas la moindre trace de chlore ni d'acides. L'iode ainsi obtenu peut, en raison de sa parfaite pureté, être employé comme agent médicamenteux dans tous les cas où il est indiqué.

Lorsque l'opération a été conduite avec toutes les précautions nécessaires, on peut estimer que la quantité d'iode retirée représente la moitié de celle des iodures solubles qui avaient été introduits dans l'économie animale. (*Journ. de Chimie médicale*. Janvier 1846.)

FOSSES D'AISANCE (*Méphilisme et désinfection des*). Les accidents qui peuvent être produits par les émanations des fosses d'aisance doivent être connus des médecins, et appeler leur attention sur les moyens nouveaux de désinfection que la science a découverts.—M. le docteur A. Guérard a publié un excellent mémoire sur ce sujet; il rapporte des observations où les accidents les plus graves et la mort même ont été la conséquence des émanations infectes des fosses d'aisance.

Les moyens désinfectants essayés dans ces derniers temps pour les fosses d'aisance sont nombreux, et l'on a peine à comprendre que leur emploi ne se généralise pas avec plus de facilité. On connaît les propriétés puissantes du charbon : il a été conseillé, ainsi que la cendre des tourbes. Le protosulfate de fer a plusieurs avantages qui doivent lui faire accorder la préférence sur la plupart des agents de désinfection : il est d'un transport, d'un emploi et d'une conservation très-faciles; mais en outre, comme les émanations infectes que laissent dégager les matières fécales sont dues à un mélange d'acide sulfhydrique, de carbonate et de sulfhydrate d'ammoniaque, entraînant quelques matières organiques, par l'addition d'une solution de sulfate de fer, l'ammoniaque est fixée à l'état de sulfate et le soufre à l'état de sulfure ferreux : toute émanation cesse immédiatement. M. Siret, pharmacien à Meaux, a imaginé une poudre composée de charbon et de sulfate de zinc et de fer, ce dernier étant en proportion dominante. Enfin MM. Kraff et Cie ont fondé depuis trois ans, auprès de Colombes, dans la banlieue de Paris, un établissement fort important où ils appliquent le protoxyde de fer hydraté à la désinfection des produits des fosses d'aisance et à la fabrication des sels ammoniacaux et de la poudrette. L'oxyde en bouillie épaisse, mêlé aux matières, s'empare du soufre, de l'acide sulfhydrique et du sulfhydrate d'ammoniaque, en formant un sulfure. Les eaux vannes sont traitées ensuite par la chaux hydratée, qui en dégage l'ammoniaque, que l'on fait passer dans une solution de sulfate de fer, dont elle précipite l'oxyde en donnant du sulfate d'ammoniaque précieux pour les arts et surtout pour l'agriculture. Certes un procédé si simple, si complet et si efficace, devrait être appliqué sur place, et avant la vidange, à la désinfection des fosses d'aisance, pour lesquelles on adopterait le nouveau système de M. Huguin. Par cette combinaison, on effectuerait la vidange sans porter atteinte à la salubrité publique, et en conservant à la masse énorme d'engrais qui en provient toutes les propriétés fertilisantes. (*Ann. d'hyg. et Arch. de méd.*, décembre 1845.)

FRACTURE SPONTANÉE DE LA CLAVICULE. Parmi les exemples de fracture spontanément survenues sous l'influence de la seule action musculaire, le fait suivant ne sera pas un de ceux qui méritent le moins de fixer l'attention. Le docteur Léger raconte qu'un ancien militaire, l'un de ses clients, à plusieurs reprises affecté de rhumatismes et plus particulièrement à la région latérale droite du cou, sentit au mois d'octobre dernier, dans le mouvement qu'il fit pour relever le collet de son paletot, une douleur violente au côté droit du cou en même temps qu'il entendit un craquement. Appelé le lendemain de l'accident, et connaissant combien son client était ce qu'on appelle *douillet*, le docteur Léger lui dit que son rhumatisme était revenu, et ne se livra d'ailleurs à aucun examen. L'individu retourna à son bureau ; mais il ne put écrire, et pour donner sa signature, il fut obligé de soutenir son coude droit avec la main gauche : quelques frictions furent faites avec un mélange de savon et d'huile, mais bientôt la douleur augmenta, en même temps qu'il survint une sorte d'érysipèle. Appelé de nouveau, le docteur Léger examina cette fois la région douloureuse ; il remarqua une difformité au devant de la clavicule, qui lui parut fracturée à l'union de son tiers interne et

de ses deux tiers externes. Malgré tous les signes sensibles d'une fracture qui ne pouvait laisser aucun doute sur son existence, notre confrère manda M. Velpeau qui, comme lui, reconnut la fracture sans pouvoir l'expliquer autrement que par l'action musculaire. Dix jours s'étaient écoulés, et comme le déplacement n'était pas très-marqué, on se contenta de soutenir le coude et de le maintenir appliqué contre le corps : au quarante-deuxième jour la consolidation était achevée. (*Compte-rendu de la Soc. de méd. prat., Gaz. des hôp.*, décembre 1845.)

GENCIVES (*De la coloration des sous l'influence du plomb.* On sait que plusieurs médecins ont appelé l'attention sur la coloration particulière que présentent les gencives des ouvriers cérusiers atteints de colique saturnine. M. Henry Burton, dans une note reproduite dans le Journal de chimie médicale, a signalé de nouveau ce symptôme comme constant chez toutes les personnes qui ont absorbé du plomb, et il a cherché à en donner l'explication.

Ce phénomène, dit le médecin anglais, diffère totalement de celui qui indique la présence du mercure dans l'économie, ou de celui qui s'observe dans le scorbut, et jamais on ne le voit dans d'autres circonstances que dans celle où le malade a été soumis pendant longtemps à l'action de l'oxyde de plomb. En cherchant à vérifier la valeur de ce signe, M. Burton a pu le produire à volonté sur 52 malades, par l'usage interne de l'acétate de plomb. Jamais aucun d'eux n'avait été atteint ni de coliques ni de paralysie saturnine ; aussi le cercle bleuâtre des gencives est pour lui une preuve infaillible de la présence du plomb dans l'économie. Dans les cas où les signes des maladies saturnines laissent quelque ambiguïté dans leur diagnostic, l'examen de la bouche lèvera toute incertitude. Dans 6 des 52 cas cités, le cercle bleuâtre a précédé les autres symptômes de l'absorption du plomb, et dès lors l'acétate de plomb a été supprimé. Dans 2 de ces 6 cas, des coliques ont suivi l'apparition du premier symptôme ; dans les quatre autres, rien de semblable n'a été observé. M. Burton, en examinant la bouche de beaucoup d'ouvriers des manufactures de plomb, a trouvé sur quelques-uns d'entre eux le cercle noirâtre des gencives, sans d'autres symptômes de maladie saturnine; tandis que jamais il n'a rencontré un de ces derniers sur des malades qui n'offraient point le cercle bleuâtre : il en conclut que celui-ci précède toujours les autres symptômes. (*Gazette médicale*, janvier 1846.)

HYDRORACHIS LOMBO-SACRÉ (*Nouveau procédé opératoire dans l'*). Quoique ce procédé nouveau, mis en pratique par M. le professeur P. Dubois, n'ait pas été suivi de succès, nous croyons devoir l'indiquer d'après la description qui en a été donnée par M. le docteur E. Laborie, qui a fait suivre cette observation de considérations pratiques importantes sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de ce vice de conformation.

Un enfant du sexe féminin, bien constitué, chez lequel rien n'annonçait une affection aussi grave que le spina-bifida, naquit à la Clinique. A l'examen, on trouva sur la région postérieure du corps une tumeur ayant son siége sur la partie inférieure de la région lombaire, et en même temps sur la partie supérieure du sacrum. La peau qui la recouvrait offrait une rougeur prononcée augmentant d'intensité et devenant violacée vers le centre; elle semblait manquer d'épiderme. Au toucher on reconnaissait facilement la présence d'un liquide dans l'intérieur de cette tumeur. La pression ne déterminait aucun phénomène du côté de l'encéphale, et le pincement de la tumeur produisait une vive douleur. Le diagnostic était simple; on avait affaire à un spina-bifida, suivant toute apparence lombo-sacré.

M. Dubois, pour empêcher la peau de s'ulcérer, fit, dès le lendemain de la naissance, une ponction de la tumeur, avec un ténotome étroit et allongé. La peau fut piquée en dehors du sac, et l'écoulement d'une quantité plus considérable de liquide qu'on ne l'aurait pensé eut lieu.

Le liquide se reproduisit bien vite, et de nouvelles ponctions, cinq en tout, furent nécessaires.

Cette perte séreuse débilitait l'enfant; la mort était imminente. C'est alors que M. Dubois, pressé par les circonstances, imagina une nouvelle méthode opératoire.

Ayant constaté qu'il était possible de rapprocher les deux côtés de la tumeur à sa base, il fit faire deux

petites lamelles de fer, larges de 10 millimètres, longues de 8 centimètres, présentant une face concave et l'autre convexe, et percées de plusieurs jours suivant leur largeur ; à chaque extrémité se trouvait une petite tête supportée par un col rétréci.

Après avoir pratiqué une nouvelle ponction, M. Dubois, faisant saisir la tumeur par un aide qui la pinçait transversalement en rapprochant le plus possible ses parois, appliqua chacune des petites lamelles sur chaque côté de la tumeur, suivant la direction de la colonne vertébrale, et le plus possible à la base de la tumeur. La convexité regardait en dedans ; alors, les abandonnant à un aide, qui les maintenait dans leur position, il les fixa l'une à l'autre en les rapprochant le plus possible, à l'aide d'un fil qu'il fixa en le contournant autour du col supportant les extrémités arrondies des lamelles.

De cette façon, la tumeur se trouva fortement serrée à sa base, et son feuillet pariétal adossé à lui-même. Pour faciliter encore le développement du travail adhésif, deux épingles, passant à travers les jours ménagés sur les instruments, traversèrent la base de la tumeur.

L'enfant parut souffrir beaucoup lorsqu'on exerça la constriction. Le soir, quand M. Dubois revit la petite malade, elle était très-mal ; les membres inférieurs étaient fortement retenus dans la flexion sur le ventre. L'instrument fut immédiatement enlevé.

Le matin, l'enfant mourut. A l'autopsie, une inflammation de l'arachnoïde dans toute l'étendue du rachis ; dans la cavité, épanchement purulent ; dans le crâne, vive injection des méninges, dilatation énorme des ventricules latéraux, par une quantité considérable d'un liquide séro-purulent. La partie inférieure de la moelle était purulente. (*Ann. de la chirurgie franç. et étrang.*)

LUMBAGO (*Du galvanisme appliqué au*). Prenant en considération ce qu'il peut y avoir d'essentiellement névralgique dans le rhumatisme musculaire, en général, et dans le lumbago plus spécialement l'auteur de ce travail, M. Raciborski, s'est demandé si, appliqué à cette affection, le galvanisme ne pourrait pas donner des résultats identiques à ceux que, par lui, on a souvent obtenus dans le traitement de certaines maladies des nerfs, notamment dans la paralysie du nerf facial et l'anesthésie plus ou moins étendue des branches de la cinquième paire. Ce point de départ a conduit l'auteur à soumettre à l'action de la pile plusieurs malades chez lesquels il aurait obtenu des succès très-remarquables. Le premier dont il rapporte l'histoire, est un homme qui la veille avait éprouvé une excessive douleur dans la région lombaire en voulant soulever une pièce de bois très-lourde. Cet individu avait, pour ainsi dire, le corps tout d'une pièce, et ne se baissait qu'avec beaucoup de douleur : trois aiguilles furent implantées dans la région lombaire et mises en contact avec les conducteurs d'une pile ordinaire à auge. Ce malade supporta six commotions ; la douleur fit éprouver à l'épine des mouvements très-étendus : le malade ne ressentit plus immédiatement aucune douleur, et il put aussitôt se baisser facilement. Même résultat, et aussi promptement obtenu, sur un second malade affecté depuis trois mois d'une douleur dans la région lombaire droite, et sur lequel diverses méthodes de traitement avaient été infructueuses. Chez un troisième malade, le lumbago était on ne peut plus intense ; il durait depuis quelques semaines, et avait résisté aux antiphlogistiques et à tous les autres moyens employés dans cette circonstance. La malade gardait constamment le lit ; elle y éprouvait des souffrances qui lui arrachaient des cris continuels : le résultat du traitement, qui consista à lui imprimer des secousses électriques à quatre reprises différentes, de deux jours l'un, fut, dès la première opération, de lui rendre la possibilité de se lever, et de marcher sans trop de peine avec un bâton. Le lendemain de la dernière opération, la malade fut en état de reprendre ses occupations. La guérison fut donc obtenue en quelques jours seulement, et trois mois après, elle ne s'est pas démentie un seul instant. — Ce sont là des faits, sans doute, fort intéressants et qui seront très-sérieusement pris en considération par les praticiens ; aussi, quoique peu nombreux et insuffisants pour établir sur une base solide la méthode de traitement dont il s'agit, nous avons dû les rapporter en vue surtout d'engager nos confrères à les soumettre au contrôle

de nouvelles expérimentations. — Quant au mode d'action du galvanisme dans cette circonstance, nous laisserons l'auteur l'expliquer comme il l'entendra : que ce soit sur les nerfs ou sur les fibres elles-mêmes des muscles qu'il agisse ; ou bien, comme le suppose M. Raciborski, que ce puisse être par une réaction chimique sur les tissus malades, que la guérison s'obtienne, nous n'attachons qu'une très-secondaire importance à toutes ces explications vagues et dénuées de fondement solide, pour nous en tenir au fait capital, celui de la guérison. (*Gaz. médico-chirurgicale*, janvier 1846.)

MÉTRORRHAGIE (*Sur l'emploi de la sabine dans la*). « Il paraîtra peut-être extraordinaire à quelques personnes, dit M. le docteur Aran, qu'un médicament regardé jusqu'ici comme un emménagogue par excellence, jouisse de la propriété de suspendre les hémorrhagies utérines. Nous n'avons pas à examiner ici la question des emménagogues ; mais ce que nous pouvons affirmer, c'est que la sabine arrête dans un intervalle très-court les pertes sanguines et les écoulements blancs leucorrhéiques. Donnée à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, trois ou quatre fois par jour, nous ne l'avons jamais vue donner lieu à aucun accident ; tout au plus si les malades accusent une petite sensation d'ardeur vers la gorge. Nous n'avons jamais employé que la poudre, soit en pilules, soit en bols ; mais il est très-probable que l'infusion de sabine ou l'huile essentielle qu'on obtient de la distillation de cette plante possèdent les mêmes qualités. »

M. Aran rapporte deux observations détaillées de M. Fantonnetti, où l'on voit des métrorrhagies et des leucorrhées ménorrhagiques, très-tenaces à d'autres moyens, et guéries en deux ou trois jours par l'administration de la poudre de sabine en pilules, à la dose de 30 centig. donnés chaque, deux, trois ou quatre heures, selon les cas. Il cite aussi quelques faits de sa pratique particulière, qui confirment ceux qu'il a déjà publiés sur ce sujet.

Du reste, continue-t-il, l'emploi de la sabine contre la leucorrhée et la métrorrhagie date d'assez loin. A la fin du dernier siècle, Wedekind publia un travail dans lequel il mit en relief les bons effets de cette substance dans les métrorrhagies et les leucorrhées atoniques ; mais ce remède était complétement oublié, lorsque Gunther, en 1826, et Sauter le tirèrent de l'injuste oubli dans lequel il était tombé. Sauter l'employait même dans l'état de grossesse, pour combattre des métrorrhagies survenant chez des femmes grosses et d'une constitution faible. De cette manière, il dit avoir arrêté les pertes et empêché des fausses couches imminentes. Nous n'avons pas encore trouvé l'occasion d'employer la sabine dans ces dernières circonstances ; mais M. Gendrin, qui se sert souvent de ce précieux agent, dit en avoir obtenu des effets aussi remarquables que ceux signalés par Sauter.

« En appelant l'attention de nos confrères, dit M. Aran, sur un nouveau moyen antihémorrhagique, nous croyons rendre un véritable service à la science ; non pas que nous croyions que la sabine jouisse d'une efficacité toujours constante (il n'y a pas de médicament de ce genre), mais parce que, de tous les agents auxquels on peut avoir recours, c'est celui qui donne les meilleurs résultats. Les observations de M. Fantonnetti établissent indubitablement que la sabine réussit là où le seigle ergoté a échoué. En faut-il davantage pour que ce médicament prenne une place honorable dans la thérapeutique usuelle? (*Gazet. des Hôpit.*, décembre 1845.) »

NÉVRALGIE DU TESTICULE (*Sur un cas de*). *Amputation de l'organe.* Le cas suivant est un de ceux qui méritent de fixer au plus haut degré l'attention des praticiens, tant à cause de la rareté de la maladie, qu'en raison des difficultés qu'offre la guérison et du parti extrême auquel on se trouve dans la dure obligation de recourir. Au surplus, à l'exception d'Astley Cooper, peu d'auteurs ont eu occasion d'observer cette cruelle maladie. (*Œuv d'Ast. Coop.*, p. 440, *Testicule douloureux.*)

En 1840, le nommé André, âgé de dix-huit ans, d'une assez forte constitution, n'ayant jamais vu de femme, mais se livrant quelquefois à la masturbation, commença à ressentir dans le testicule droit une légère douleur à laquelle il arrêta peu son attention ; suivant lui elle avait été le résultat d'un effort qu'il fit pour soulever un lourd fardeau ; elle augmen-

ta rapidement et le conduisit à consulter plusieurs médecins qui furent peu d'accord sur la nature de la maladie. En 1842, après avoir suivi pendant deux années plusieurs traitements toujours sans résultat avantageux, André vint consulter M. le docteur Burguet : à cette époque il présentait les symptômes suivants : douleur sourde, profonde, continue, s'exaspérant le matin quand le malade quittait son lit, et encore par la pression légère du testicule ou de l'épididyme. Elle retentissait alors jusqu'à l'épigastre et à la tête, qui devenait lourde, les facultés intellectuelles se troublaient, il y avait de la stupeur, de l'anéantissement; la douleur s'endormait-elle un instant, que bientôt elle se réveillait pour se répandre du testicule dans la cuisse, les reins, surtout à l'abdomen et à l'épigastre, qui devenaient très-sensibles; la douleur suivait en un mot la direction et les anastomoses des nerfs qui se rendent au testicule. La susceptibilité de l'estomac devenait si vive, qu'il y avait des vomissements fréquents, que l'appétit était nul, et que la digestion fort pénible aggravait les accidents. La position du testicule n'avait aucune influence sur la douleur, qui était la même, soit que le malade fît usage ou non d'un suspensoir. M. Burguet remarqua que les crémasters, sous l'empire de la volonté, se contractaient avec une très-grande énergie. Le testicule gauche était bien aussi tant soit peu douloureux, mais celui du côté droit préoccupait seul le malade : il était légèrement gonflé, sans induration, le cordon était également un peu tuméfié. L'examen avec la lumière ne fit découvrir dans la tunique vaginale aucune transparence. Tout exercice, toute fatigue, ainsi que l'état électrique de l'atmosphère, aggravait les accidents. La masturbation et les pollutions nocturnes fréquentes chez cet individu, qui était très-vigoureux, n'avaient aucune influence sur la douleur. L'excessive et opiniâtre douleur perçue par le malheureux André l'avait jeté dans l'abattement et menaçait de le conduire au désespoir. Dans l'espace d'une année le docteur Burguet épuisa successivement les saignées générales et locales, les bains sous toutes les formes, le repos absolu, les narcotiques par toutes les voies d'absorption; les toxiques, la quinine, les vésicatoires, les moxas, la compression, l'acupuncture, l'électropuncture; tous ces moyens échouèrent complétement. En désespoir de cause, M. Burguet proposa l'amputation du testicule, qui fut acceptée avec empressement. Après avoir pris l'avis de plusieurs confrères, qui fut conforme au sien, ce médecin amputa le testicule trois mois après avoir cessé les traitements indiqués. Le cordon fut lié en masse, le testicule et la portion du cordon furent disséqués avec soin : forme, consistance, tout était normal; la tunique vaginale contenait une cuillerée à café environ de liquide. Trois semaines suffirent pour la cicatrisation de la plaie; mais il restait de la douleur dans le cordon et dans le ventre, surtout le matin et après le repas; cette douleur, moins vive qu'avant l'opération, céda peu à peu à l'usage de quelques bains.

Mais à mesure que la douleur cessait dans le côté droit, elle devenait plus vive dans le côté gauche, ce qui amena André à demander l'amputation de ce testicule; en deux mois la douleur de cet organe égalait celle qu'avait présentée le testicule du côté droit. Malgré les instances du malade, le docteur Burguet ne voulut pratiquer cette amputation qu'après l'avoir soumis de nouveau à un traitement pendant six mois. N'obtenant aucun amendement à cette époque, il pratiqua l'amputation du testicule sans aucun accident. Sous le rapport anatomique, il se trouva dans le même état que celui précédemment enlevé; au bout d'un mois la guérison fut complète. La douleur avait beaucoup diminué après l'opération; mais peu à peu, du bout du cordon pris comme point de départ, elle s'irradia dans les parois abdominales. Elle céda cependant par degrés, et au bout de trois mois elle avait disparu entièrement.

Depuis l'ablation de ses testicules, M. Burguet nous apprend qu'André a recouvré le repos, la santé; il est gai, bienveillant dans sa famille, et n'offre rien qui puisse faire craindre de le voir tomber dans cet état de sombre tristesse qui, au dire de Boyer, conduit ces malheureux castrats au suicide.

A côté de ce fait sans analogue dans la science, nous rappellerons que deux fois Astley Cooper pratiqua la castration pour une maladie semblable; avec cette différence qu'il n'enleva qu'un seul testicule, et que la douleur ne se reproduisit pas dans

celui du côté opposé. C'est un parti fort grave qu'une semblable opération faite dans de telles circonstances, puisqu'il n'est jamais possible, d'affirmer que par elle la névralgie sera guérie, l'anatomie nous apprenant que la lésion nerveuse peut siéger sur le trajet des nerfs au-dessus du point sur lequel l'opération a porté. Dès lors, quelle désillusion pour le malade et pour le chirurgien! Pourrait-on, dans un cas semblable, tenter l'excision des nerfs testiculaires, ainsi que l'auteur en a eu la pensée? La dissection minutieuse qu'exigerait cette opération et la difficulté de ne pas laisser quelque filet échapper à l'action de l'instrument tranchant, rendent impraticable cette voie de traitement. En supposant d'ailleurs qu'on puisse couper tous les nerfs, quel bénéfice en tirerait le malade dont le testicule privé de l'influx nerveux s'atrophierait? Infailliblement il deviendrait ainsi impropre à l'accomplissement de la fonction qui lui est dévolue. Il en serait de même sans doute de la ligature des artères du cordon, qui pourrait encore avoir un autre inconvénient. Astley Cooper n'a-t-il pas vu, à la suite de cette ligature pratiquée sur des chiens, le testicule être éliminé par la gangrène? (*Journ. de médecine de Bordeaux*, décembre 1845.)

PARALYSIE (*De l'emploi de la brucine dans le traitement de la.*) Le traitement des hémiplégies survenues à la suite d'apoplexie est très-rebelle. La brucine est le médicament adopté, à l'hôpital Necker, par M. Bricheteau pour guérir ces paralysies. C'est un médicament presque tombé dans l'oubli, et qui cependant est d'une bien grande utilité suivant ce médecin. Son efficacité lui paraît aussi grande que celle de la strychnine, et il a de plus l'avantage sur ce dernier médicament de pouvoir être donné à des doses plus élevées sans crainte de déterminer des accidents funestes. Disons en commençant que l'on ne doit jamais chercher à guérir une paralysie consécutive à une apoplexie avant que six mois se soient écoulés depuis l'attaque. Toute tentative de guérison avant ce terme est dangereuse et peut entraîner des accidents graves par suite d'une action toxique de la brucine sur le système cérébro-spinal.

Voici une observation qui fera connaître l'action de la brucine et la manière de l'administrer : sur trois hémiplégies consécutives à une apoplexie cérébrale, c'est du reste, il faut le dire, le seul malade qui ait guéri à l'hôpital Necker. — Au n° 34 de la salle Saint-Ferdinand était un homme âgé de quarante-cinq ans, qui, frappé d'une apoplexie cérébrale le 1er novembre 1839, avait recouvré assez de forces pour continuer son commerce en menuiserie. En 1843, ses forces physiques s'affaiblirent à un tel point qu'on fut obligé de le faire admettre à l'hôpital Necker ; à son entrée, en décembre 1843, une hémiplégie du côté gauche fut constatée ; les facultés intellectuelles étaient également altérées ; il y avait une surdité presque complète. Dès le premier jour de son arrivée à l'hôpital, le malade fut traité par la brucine à la dose d'un centigramme ; pour boisson on prescrivit l'infusion d'arnica. Le premier jour, le malade ne ressentit rien de particulier : le second jour, on donna deux centigrammes ; on continua à augmenter chaque jour d'un centigramme jusqu'à ce que l'effet du médicament devînt appréciable. Ce fut à la dose de dix centig. que le malade put rendre compte à M. Bricheteau des sensations qu'il éprouvait. L'effet du médicament fut le suivant : une heure après avoir pris les pilules de brucine, le malade accusait une chaleur générale siégeant particulièrement dans les cuisses et les jarrets ; cette chaleur était accompagnée d'une susceptibilité générale ; à ces premiers symptômes succédaient des convulsions régulières, revenant par intervalles et déterminant une vive contraction musculaire ; en même temps, il y avait de la rougeur à la face, de la céphalalgie ; le malade conservait néanmoins sa raison. Les convulsions survenaient lorsque le malade était debout, la chute était inévitable. La durée des convulsions était d'une heure ; jamais il n'y a eu de trismus des mâchoires. Ensuite venait de la lassitude dans tous les membres, et un besoin irrésistible de sommeil. Ce malade a pris de la brucine jusqu'à la fin de mars 1844, époque à laquelle il marchait parfaitement sans appui. Il soutenait une marche de quatre heures sans se reposer. Après la suspension de la brucine, les bains sulfureux ont produit un bon résultat. — Cette observation est remarquable par le succès complet qu'on a obtenu. Il y a eu chez ce malade ab-

sence des douleurs de tête, des vertiges, de la dilatation des pupilles, de la rêvasserie, effets ordinaires de la brucine.

Lorsque la brucine détermine les convulsions à une dose donnée, il ne faut pas de suite augmenter cette dose, mais attendre une diminution dans ses effets : lorsque cette diminution est notable, on recommence à augmenter d'un centigramme chaque jour : c'est ce qui a eu lieu chez ce malade, qui a pris jusqu'à vingt centigrammes de brucine par jour. (*Gazette des hôpitaux*, décembre 1845.)

PHTHISIE PULMONAIRE (*Emploi du tartre stibié et des cautères dans le traitement de la*). Deux moyens principaux sont opposés à la phthisie par M. Bricheteau, médecin de l'hôpital Necker : la potion stibiée et les cautères. A l'entrée d'un phthisique dans son service, quel que soit le degré de la maladie, pourvu qu'il n'y ait pas de diarrhée, il fait appliquer sous l'une ou l'autre clavicule, suivant le côté affecté, un ou deux cautères avec la potasse caustique ou la pâte de Vienne; en même temps il prescrit une potion gommeuse dans laquelle entrent 5 à 10 centigrammes de tartre stibié. Le premier jour, le malade prend une cuillerée de cette potion; le second jour, deux, si la veille il n'y a eu ni nausées ni vomissements; le troisième jour, trois; et le quatrième jour, la potion entière. A partir du cinquième jour, et pendant toute la durée du traitement, le malade prend chaque jour une potion entière, c'est-à-dire 5 ou 10 centigrammes d'émétique, suivant la susceptibilité de l'estomac. On suspend la potion s'il survient des vomissements ou de la diarrhée, et on ne la reprend qu'après avoir arrêté la diarrhée par les opiacés ou les astringents. Si la phthisie est récemment déclarée, M. Bricheteau fait une saignée de deux palettes avant de commencer le traitement. S'il y a des sueurs et pas de diarrhée, il donne la potion et en même temps l'acétate de plomb à l'intérieur. S'il y a des exacerbations périodiques rémittentes ou même des accès intermittents, il recommande encore le tartre stibié, et ne tient aucun compte de la périodicité fébrile. Du reste, quand le poumon est trop malade, qu'il y a plusieurs cavernes dans ses différentes parties, on ne donne pas la potion stibiée, qui n'est utile que lorsque les tubercules sont limités vers le sommet du poumon, ou que les cavernes sont en petit nombre.

Le résultat numérique de cette médication est le suivant : sur 38 phthisies pulmonaires traitées par M. Bricheteau, il y a eu 2 malades sortis guéris, et 2 malades non guéris, mais dans un état satisfaisant. Rien n'est plus triste, on le voit, que cette statistique ; encore y a-t-il deux malades portés comme guéris ; et qui dit que de nouvelles masses tuberculeuses ne se sont pas déjà développées chez eux ? Au surplus il faut qu'on sache qu'on ne doit donner la potion stibiée que lorsqu'il y a tolérance et que les malades n'éprouvent aucun dégoût à la prendre, sans quoi elle est nuisible et très-nuisible. Si on interroge les malades qui éprouvent un effet salutaire de l'émétique, ils vous répondent qu'ils ont du bien-être, qu'ils ont la poitrine dégagée, qu'ils crachent plus facilement, qu'ils ont plus de force, moins de sueur, qu'ils digèrent mieux, qu'ils vont plus régulièrement à la selle. En même temps ils ont moins de fièvre, reprennent peu à peu de l'embonpoint, recouvrent du sommeil sans sueur.

Les cautères en grand nombre, sur le point où siégent les tubercules, ont eu pour effet de soulager les malades ; des cavernes de nouvelle formation ont été entravées dans leur marche; des tubercules parvenus à la seconde période n'ont pas continué leur marche progressive ; des individus atteints d'une phthisie récente ont dû une existence plus longue aux nombreux exutoires appliqués et renouvelés selon le besoin. Mais on n'a pas été assez heureux pour constater un cas complet de guérison. — Tel est le résumé de la pratique de M. Bricheteau touchant ces deux moyens. (*Gaz. des Hôp.*, décembre 1845.)

PNEUMONIE (*du traitement de la) suivant les indications spéciales qu'elle présente.* C'est un principe d'éternelle vérité en médecine, que la nature d'une maladie, son essence, ce sur quoi reposent les indications thérapeutiques, sont indépendants des symptômes qui montrent une altération de tel ou tel organe. En d'autres termes, qu'une maladie ayant

nom pneumonie ne doit pas être toujours traitée par les émissions sanguines, quoique sa dénomination indique une inflammation ; que son traitement doit varier suivant les caractères qu'imprimeront à l'affection la constitution régnante, l'idiosyncrasie du malade, etc.

M. le docteur Sue, médecin de l'Hôtel-Dieu de Marseille, a suivi ces sages préceptes. Dans l'espace de sept mois, du mois de mars au mois d'octobre de l'année 1845, il a eu à traiter dans son service cinquante-un malades atteints de pneumonie, le plus grand nombre dans la force de l'âge, de vingt à cinquante ans : car dix seulement avaient passé la cinquantaine, et quatre avaient de quinze à vingt ans. Chez sept malades les deux poumons étaient affectés ; chez tous les autres un seul côté de la poitrine était atteint : c'était le plus souvent le côté droit.

Le tissu pulmonaire affecté n'a pas donné lieu dans tous les cas à une série de symptômes dont le caractère général se rattachât purement et simplement à un état inflammatoire. M. Sue y a vu souvent la manifestation d'un état catarrhal ou d'un état bilieux ; la pneumonie s'est trouvée aussi compliquée chez certains malades par des accidents nerveux, tels que le délire, par des symptômes typhoïdes, etc., ce qui a nécessité l'intervention d'agents spéciaux autres que les saignées, qui ont amené une amélioration rapide, et plus tard la guérison complète.

Dans les cas de pneumonie franchement inflammatoire, et il y en a plusieurs, M. Sue considère la saignée, et avec juste raison, comme l'ancre de salut. Il la répète aussi souvent que le comportent les forces du malade. Deux, trois, quatre larges saignées, ventouses scarifiées, sangsues sur les points douloureux du thorax, il ne marchande pas et il s'en trouve bien.

Mais il reconnaît qu'il est des cas où les émissions sanguines ne doivent pas être prescrites ou doivent être très-ménagées ; par exemple, lorsque l'affection pulmonaire est dominée par un état catarrhal ou bilieux ; ce qui s'est présenté souvent à l'observation de M. Sue. Dans ces cas ce médecin, après avoir saigné le malade le jour de son entrée pour modérer l'inflammation, a employé avec le plus grand avantage l'oxyde blanc d'antimoine et le tartre stibié. Parmi les observations que rapporte M. L. Rampal, auteur du travail que nous analysons, nous citerons la suivante : — Le 3 mars, entra dans les salles de M. Sue le nommé Gras, malade depuis trois jours, et atteint de bronchite capillaire et pleuro-pneumonie. On pratique quatre saignées, on applique des sangsues et des ventouses scarifiées. Loin d'être amendée, la maladie offre une aggravation très-grande ; Gras se trouve dans un état désespéré. Le médecin change alors la médication qui lui paraît contre-indiquée par l'état catarrhal de la maladie. Il ordonne l'oxyde blanc d'antimoine à la dose de six grammes dans un looch. Le 25 du même mois, Gras sortait convalescent ; il avait pris l'oxyde blanc d'antimoine pendant six jours ; les deux premiers jours, à la dose de six grammes, et les jours suivants à dose décroissante, jusqu'à deux grammes.

Après Gras, dix-huit autres malades ont été traités par l'oxyde blanc d'antimoine. Ces malades avaient ce qu'on peut appeler des bronco-pneumonies, d'après M. Bouillaud. L'oxyde blanc d'antimoine a eu à Marseille une constante efficacité entre les mains de M. Sue dans cette complication de l'inflammation des bronches à la pneumonie, cas qui ont été nombreux dans ses salles, dans les mois de mars et d'avril, et dans lesquels on voyait les symptômes de la pneumonie, sinon masqués, du moins dominés par les phénomènes bronchiques et catarrheux. Aussi il recommande ce médicament dans les cas analogues, et tient, contrairement à l'opinion de M. Trousseau, à ce que ce puissant modificateur soit conservé dans la thérapeutique.

Vers la fin du mois de mai et pendant le mois de juin, un état bilieux très-prononcé a compliqué la pneumonie chez un certain nombre de malades. A l'expectoration sanguinolente et aux symptômes caractéristiques de la pneumonie se joignaient ceux de la turgescence bilieuse. La peau était colorée, légèrement jaune, surtout au pourtour de la bouche et du nez. La langue était chargée d'un enduit jaune, vert ou blanc. Dans ces cas, M. Sue n'a eu recours à la saignée que pour diminuer dès le début la réaction fébrile quand elle était trop intense, et aussitôt il a administré le tartre stibié.

Ici, la méthode évacuante a suffi seule pour arrêter la maladie, pour la détruire.

Mais les pneumonies, dont le traitement exige le plus de tact et d'habileté de la part du médecin, sont celles dont la marche est entravée par des phénomènes nerveux, par le délire. Ce phénomène est lié tantôt à l'inflammation du parenchyme pulmonaire, d'autres fois, il en est indépendant. Trois cas de cette dernière espèce ont été observés dans les salles de M. Sue, dans le court espace de deux mois. — Le nommé Férand, marin, entré le 30 mai, était malade depuis trois jours, et atteint d'une pneumonie double. On lui pratiqua dès le début deux saignées. Le délire survint dès le second jour; on prescrivit le muse à la dose de 15 centigrammes d'heure en heure. Le délire se calma et l'on continua à traiter la pneumonie avec le tartre stibié donné, le premier jour à la dose de trente centigrammes, à celle de quarante centigrammes le second jour. Le malade sortit guéri le 19 juin. — Le second malade est un menuisier âgé de quarante-trois ans, entré le 10 juin; sa maladie durait depuis quatre jours. Deux saignées furent pratiquées, puis on le mit à l'oxyde blanc d'antimoine. Le délire se déclara le troisième jour de son entrée. Les symptômes nerveux furent combattus par le musc à la dose de quinze centigrammes de deux en deux heures. Ce médicament dut être continué pendant quatre jours, mais à doses un peu plus faibles, pour triompher du délire qui disparut le 17 juin. Le malade sortit guéri le 7 juillet.

Enfin, chez quelques malades atteints de pneumonie avec développement de symptômes typhoïdes, après l'emploi des saignées, nécessité par la période d'acuité du mal, M. Sue a fait une combinaison heureuse des toniques (polygala de Virginie, écorces de quinquina, de chêne) avec les purgatifs. (*Archives du Midi*, décembre 1845.)

PNEUMONIE (*emploi du tartre stibié dans la*). M. le docteur Michalowski s'applaudit beaucoup de l'emploi qu'il a fait de l'émétique à haute dose dans le traitement de la pneumonie. Dans des cas les plus graves il a obtenu des succès quelquefois merveilleux. Le secret, dit-il, pour obtenir la tolérance, consiste à administrer le remède dans une petite quantité de véhicule. Voici sa formule : eau de tilleul, eau de fleurs d'oranger, sirop d'écorce d'orange, de chaque 15 grammes; tartre stibié 20 centigrammes. Il ajoute quelquefois 1 centigramme de codéine. Le médicament est pris par petite cuillerée à café, de quart d'heure en quart d'heure, à l'exclusion de toute autre boisson, pendant l'administration du remède. Cinq ou six jours suffisent, suivant ce médecin, pour éteindre les phlogoses les plus violentes. — Nous ne signalons que ce que dit notre confrère sur la tolérance. L'action du tartre stibié à haute dose est connue. Nous aurions désiré cependant qu'il nous fût dit si les succès ont été obtenus avec ou sans le secours des saignées ou d'autres moyens. (*Journ. de la Soc. de Méd. prat. de Montpellier*, novembre 1845.)

ROCHEFORT (*De la santé publique à*). La réputation d'insalubrité de la place de Rochefort est tellement répandue en France, que des hommes instruits ont admis sans examen comme vrais les faits les plus fâcheux tendant à prouver l'action délétère de son climat, particulièrement sur la santé des troupes qui y tiennent garnison. Certainement le pays présente parfois des épidémies de fièvres intermittentes, de fièvres marécageuses; mais l'on s'est fait un plaisir d'exagérer le mal dans quelques publications. Ainsi M. le docteur Em. Cordier, dans une note qu'il a publiée, en parlant de l'épidémie de fièvres intermittentes qui sévit de 1843 à 1844 sur les hommes du 37e régiment de ligne, dit que la maladie fut si intense qu'on a compté 26,000 entrées à l'hôpital sur un effectif de 1,400 hommes.

M. Lefèvre, médecin professeur à l'École navale de Rochefort, s'élève contre cette exagération. Il fait remarquer avec raison qu'il aurait fallu pour cela que chaque homme fût entré 18 fois à l'hôpital dans une seule année. Il a fait le relevé des registres de l'hôpital de la Marine, et il a trouvé que du mois de juin 1843 au mois de décembre 1844, temps pendant lequel le 37e a eu des hommes en traitement, le bataillon qui fournissait les garnisons de Rochefort et de Brouaye, places réputées les moins salubres du département, n'a fourni que 757 entrées, et qu'il n'a perdu que 3 hommes dans ces dix-huit mois.

En admettant que les deux autres bataillons aient eu un nombre égal de malades, ce qui est peu probable, le chiffre total des entrées à l'hôpital, pour tout le régiment, ne s'élèverait qu'à 2,871, ce qui est loin de 26,000. (*Journ. des Connais. médic.-chirurg.*, janvier 1846.)

SANG (*Nouvelle méthode d'analyse du*) *à l'usage des cliniciens*. L'analyse chimique du sang, qui intéresse principalement le médecin, est celle qui lui fait connaître la quantité différente de *fibrine*, d'*albumine*, de *globules* ou *cruor*, de *sels* et d'*eau*, que contient un sang donné. Ce qui lui importe encore, c'est que ce procédé d'analyse soit simple, prompt, et donne des résultats facilement comparables ; qu'il puisse s'exécuter au lit du malade, sur le sang même qu'on vient d'extraire ; qu'il n'exige ni beaucoup de connaissances chimiques, ni un grand nombre d'instruments, ni des manipulations dispendieuses. Or, le procédé suivant, proposé par M. Polli, présente, ce nous semble, tous ces avantages.

La saignée étant faite, on commence par remplir, du sang qui sort, une petite éprouvette, dont on détermine de suite la densité et la température, en y plongeant l'aréomètre et le thermomètre. On a ainsi la *pesanteur spécifique* ou la *densité* du sang avant sa coagulation. Le sang restant est ensuite mêlé, dans un bassin, à celui qu'a fourni la saignée : immédiatement, il faut le battre avec un petit balai jusqu'à ce que toute la fibrine paraisse prise à son extrémité, ou réunie en masse jaunâtre et spumeuse sur le liquide ; on recueille cette fibrine avec les mains, et, après l'avoir exprimée du sérum dont elle est imprégnée, on remplit de nouveau l'éprouvette du liquide ainsi défibriné, et on explore celui-ci avec l'aréomètre. Si maintenant, en plongeant cette éprouvette dans un bain d'eau chaude, on fait remonter ce liquide à la température que présentait le sang au moment de son extraction, on obtiendra, de cette manière, la densité du sang défibriné, c'est-à-dire du sérum contenant en suspension les globules ou le cruor.

Le sang défibriné est ensuite laissé en repos dans un récipient qui soit convenablement haut et étroit, de manière à ce que le cruor se dépose au fond et que le sérum s'élève clair et limpide à la surface. On décante ce sérum dans l'éprouvette ordinaire, et on l'essaye avec l'aréomètre et le thermomètre, comme précédemment, ce qui donne la densité du *sérum*, c'est-à-dire du sang privé de fibrine et de globules.

On finit en faisant coaguler, par la chaleur, le sérum, après l'avoir préalablement étendu d'une quantité déterminée d'eau, afin qu'il puisse fournir assez de liquide pour être exploré après la coagulation, et on le sépare, au moyen d'une toile, des grumeaux d'albumine. En examinant ce liquide avec les instruments accoutumés, on détermine la densité du sérum dépouillé d'albumine, c'est-à-dire la densité qu'a l'eau du sang, chargée des sels et des autres matières organiques qu'elle contient en dissolution. Ce chiffre accuse non-seulement la proportion de l'albumine que renfermait le sérum, mais encore, en le comparant à celui qui représente la densité de l'eau distillée (zéro de l'aréomètre), on arrive à savoir la quantité des matières salines et organiques qui existaient dissoutes dans le sang.

Il est clair qu'en soustrayant successivement l'un de l'autre les chiffres des diverses densités obtenues, on aura les chiffres proportionnels des quantités de fibrine, de globules, d'albumine, de sels, etc., contenue dans un sang donné. Toutes les analyses qu'on répétera d'après le même plan, présenteront donc des résultats parfaitement comparables entre eux.

Toute cette analyse se réduit, on le voit, à la séparation de la fibrine par l'effet du fouettage, à la séparation du cruor d'avec le sérum par la décantation, à la séparation de l'albumine d'avec le sérum par l'ébullition, enfin à quatre explorations aréométriques et thermométriques. L'opération peut se faire en moins d'une heure, avec une éprouvette, un aréomètre, un thermomètre, un récipient, une lampe à esprit-de-vin et un fourneau. Malgré l'extrême simplicité de cet appareil, ainsi que du procédé, ses résultats sont peut-être supérieurs en exactitude à ceux que donne l'analyse chimique la plus minutieuse, parce qu'ici on ne court pas le danger d'altérer les éléments qu'on examine, et, par suite, de se tromper sur leurs proportions, puisqu'on les pèse dans l'état même où ils se trouvent dans le sang, et qu'on

les sépare de ce liquide sans l'intervention d'aucun corps étranger. (*Annal universali* et *Gaz. méd.*, janvier 1846.)

SEIGLE ERGOTÉ (*Nouveau moyen de conservation du*). M. Viel, pharmacien à Tours, propose un nouveau moyen de préparer efficacement la poudre de *seigle ergoté*. Il consiste à pulvériser cette production accidentelle avec son poids de sucre. M. Viel recommande de se servir de préférence du *sucre royal* ou de celui désigné dans le commerce sous la qualification de *quatre cassons*, parce que l'un et l'autre ne contiennent pas de sucre incristallisable, et que, d'ailleurs, étant plus secs, la pulvérisation se pratique avec plus de facilité. — L'addition du sucre rend le seigle ergoté plus promptement et plus facilement pulvérisable, ce qui est déjà favorable si le médecin prescrit cette substance extemporanément, ainsi qu'on a conseillé de le faire. Mais un autre avantage que procure ce mélange, c'est la possibilité de préparer la poudre officinalement, le sucre, d'après M. Viel, donnant à l'excroissance du seigle, réduite en poudre, la faculté de se conserver indéfiniment. Cette dernière opinion n'est émise qu'avec réserve par l'auteur du nouveau procédé, car il s'empresse d'ajouter que l'expérience seule pourra l'infirmer ou lui donner raison. (*Recueil de la Soc. méd. d'Indre-et-Loire*, 2e trimestre, 1845.

SUC GASTRIQUE (*Un mot sur l'emploi thérapeutique du*). M. Boyer, professeur de la Faculté de Strasbourg, et récemment nommé au concours professeur à la Faculté de Montpellier, a adressé, au mois de novembre dernier, une note à l'Académie des sciences, pour lui soumettre les résultats de quelques expériences ayant pour objet l'application du suc gastrique à la thérapeutique. « Ce suc, dit-il, provenant de l'estomac d'un chien, dissout assez rapidement, sous l'influence d'une température de 38°, des os d'un certain volume. Ne pourrait-on pas le porter sur des séquestres ou des cals difformes afin d'en opérer ou faciliter la réduction? En vertu de son action dissolvante sur les tissus fibrineux, albumineux, gélatineux, sur le cancer encéphaloïde, les tubercules et les fausses membranes, il y aurait peut-être avantage à s'en servir contre certaines productions anormales. Enfin, mêlé au venin de la vipère, il en a neutralisé les effets. N'est-il pas vraisemblable qu'il agirait de même sur les venins et les virus en général? » (*Bull. de l'Ac. des scienc.*, décembre 1845.)

SYPHILIS (*Du traitement dit arabique de la*). Le traitement arabique de la syphilis, dont on peut voir les détails, t. 28, p. 88, jouit d'un avantage incontestable dans certaines affections vénériennes. Les médecins du midi de la France, de Marseille, de Montpellier, d'Aix, etc., en retirent, dans certains cas, des avantages marqués. Mais il ne faut pas considérer ce traitement comme une méthode thérapeutique exclusive. On a reconnu qu'il était d'autant plus actif et utile, que la constitution des malades était déjà plus détériorée par l'emploi des divers agents spécifiques. Voici, touchant les effets de cette méthode, une observation remarquable, recueillie à l'hôpital général de Montpellier, dans le service de M. Raymond Broussonnet, médecin en chef.

François C., marin, âgé de trente ans, né à Agde de parents sains, n'a jamais eu de maladie sérieuse ; mais, à la suite de plusieurs coïts suspects, il a contracté, à diverses époques, sept ou huit écoulements qui ont tous cédé à des moyens variés et fort simples. Deux fois il a commencé un traitement général qui est toujours resté incomplet. Il prétend n'avoir eu aucun chancre. Quelques jours après un dernier coït, il se développe sur le voile du palais une ulcération dont les progrès rapides ont bientôt détruit une partie de cet organe (une cuillerée de liqueur de Van Swieten, cautériser la surface ulcérée). Le trente-cinquième jour de ce traitement, l'état local s'est aggravé, et C. se décide à entrer à l'hôpital. L'ulcération avait détruit, à cette époque, la plus grande partie du voile du palais ; la douleur était très-vive et s'accompagnait de beaucoup de rougeur. On fit appliquer des sangsues à l'angle des mâchoires, et quand l'irritation fut combattue, on prescrivit des pilules de Sédillot. L'ulcération ne tarda pas à s'arrêter, la cicatrisation s'établit et le malade put sortir de l'hôpital. Il fut obligé d'y rentrer deux mois après. Une ulcération s'était déve-

loppée sur les gencives, à la face postérieure de la lèvre supérieure, et avait fait tomber les quatre incisives (deux pilules de Dupuytren, deux verres de tisane de salsepareille). Quand M. Broussonnet quitta le service, le malade avait pris 106 pilules. Comme l'amélioration n'était pas grande depuis le commencement du traitement, M. Delmas ordonna des frictions avec l'onguent mercuriel et des bains contenant chacun six grammes de sublimé; il fit continuer la tisane de salsepareille. Les frictions furent portées au nombre de 22, et les bains à celui de 30; cependant l'ulcération continuait ses ravages; elle avait envahi successivement le côté droit de la lèvre supérieure, l'aile du nez du même côté, le cartilage de la cloison des narines qui fut totalement détruite, une partie du vomer et les cornets. Le protoiodure de mercure remplaça les remèdes précédents, mais avec aussi peu de succès, et l'on se décida à ne traiter le mal qu'à l'aide des agents locaux (pansement avec des cataplasmes de pulpe de carotte, plus tard de petite joubarbe). Sous l'influence de ces moyens, la cicatrisation se forma dans l'espace de quinze jours, et le malade sortit. Il rentra encore un mois et demi après, et dans le même état qu'auparavant. Les préparations d'or furent mises en usage, pendant longtemps, à des doses assez élevées. On revint à l'emploi des pansements primitifs; plus tard, on se servit d'une pommade composée de 30 grammes de cérat de Galien, de 75 centigrammes de sulfate de zinc, et de 5 centigrammes d'acétate de morphine. Tous ces moyens furent aussi inefficaces que ceux qui avaient été adoptés jusqu'alors. Enfin, il y avait environ deux ans que la maladie subsissait des oscillations variées, quand M. Broussonnet prescrivit le traitement arabique. Le malade y fut soumis pendant vingt jours, mais incomplétement pendant neuf, c'est-à-dire que, pendant ce dernier espace de temps, le sujet prit bien les pilules, l'opiat et la tisane de salsepareille, mais avec les galettes, raisins secs, etc., on accorda quelques aliments ordinaires le soir. Déjà la cicatrisation était parfaite le vingt-huitième jour de ce traitement, lorsque des symptômes de salivation se manifestèrent, et il devint indispensable d'abandonner cette méthode curative; néanmoins la guérison ne fut pas douteuse, elle s'est maintenue jusqu'à ce jour.

Sur un autre sujet, le traitement arabique commençait à produire de très-bons effets, quand, une stomatite intense s'étant développée, on fut obligé d'en suspendre l'usage. Lorsque cette complication fut détruite, l'iodure de potassium fut employé, et compléta la guérison. (*Journ. de la Soc. de méd. prat. de Montpellier*, novembre 1845.)

TARTRE STIBIÉ (*Sur l'administration du*), *ou pilules à haute dose*.– Quelques médecins, et M. Boudet est de ce nombre, ont observé des inconvénients graves de l'administration longtemps continuée de l'émétique à haute dose et en solution; ce médicament donné sous cette forme a pour effet, dit-il, de déterminer une inflammation couenneuse ou pseudomembraneuse sur la muqueuse digestive et en particulier sur la muqueuse buccale; il en résulte une gêne notable de la respiration. Cette complication a été observée sur vingt-cinq sujets dans un intervalle de temps assez court, par M. E. Boudet. Le moyen que ce médecin propose pour prévenir ces accidents consiste à administrer le tartre stibié, lorsque son emploi à haute dose est indiqué, sous forme pilulaire au lieu de le faire prendre en solution. Voici sa formule:

Émétique 1 gramme 60 centigrammes.
Gomme adragante 1 gramme 60 centigrammes.
Poudre de guimauve 1 gramme.
Faites 16 pilules qui contiennent chacune 10 centigrammes de tartre stibié.

M. Boudet assure avoir expérimenté ce nouveau mode d'administration de l'émétique et être convaincu de ses bons effets. Sous cette forme le tartre stibié conserve la même efficacité sans avoir les mêmes inconvénients.

Nous pensons, nous, que de nouveaux et nombreux essais sont nécessaires pour juger ce point de pratique. — 10 centigrammes de tartre stibié en une seule pilule nous paraissent une dose un peu considérable. Certainement on évite ainsi l'effet sur la bouche et la gorge de la solution stibiée; mais l'action du médicament en nature à cette dose, deux, trois ou quatre fois par jour sur la muqueuse gastrique, nous paraît devoir être étudiée. (*Bulletin de*

l'Académie de médecine, décembre 1845.)

TÆNIA *expulsé par l'usage de la ciguë*. Il n'a point été parlé jusqu'ici, que nous sachions, des propriétés tænifuges de la ciguë. Voici deux faits qui ne suffisent pas sans doute pour faire reconnaître à ce médicament la vertu spéciale dont il s'agit, mais dans lesquels on doit admettre au moins une part dans l'expulsion du tænia à cette plante. Un paysan, âgé de vingt-huit ans, présentait depuis dix ans tous les symptômes du tænia. Il était surtout tourmenté de temps en temps par des hypothimies incomplètes, des cardialgies, des vomissements, des crampes. On lui administra selon les règles de l'art beaucoup d'anthelmintiques, et entre autres, la racine de grenadier sauvage, sans avoir jamais pu provoquer la sortie d'aucun ver. Il recourut de lui-même à la valériane qui le soulagea d'abord. Un jour qu'il avait envoyé sa fille lui en cueillir, celle-ci lui apporta en même temps de la ciguë. Le malade mangea les feuilles de ciguë avec celles de valériane. Il éprouva peu de temps après de violentes convulsions dans les membres, des sueurs froides, yeux d'un rouge livide, vomissements : tout l'aspect d'un cholérique. M. le docteur Maulucci croyant à un empoisonnement par la ciguë, lui fit boire du vinaigre et du café, ce qui calma les accidents. Quatre heures après, le médecin vit arriver le malade chez lui. Il lui apportait un ver qu'il venait de rendre en une seule fois. Il présentait tous les caractères du tænia armé : tête très-petite, un gros nœud au milieu, les articulations courtes et petites au col devenant plus larges au delà. Le malade a depuis ce temps joui d'une très-bonne santé. Voici une autre observation. Un enfant de cinq ans avait souvent rendu des fragments de tænia; mais le grenadier sauvage n'avait néanmoins pas réussi à amener l'expulsion du ver. Lorsqu'il en évacuait, c'était ou naturellement ou au moyen de l'ipécacuanha ou de la coralline officinale. M. Maulucci, encouragé par le fait que nous avons rapporté, lui fit prendre, mêlés à de la valériane, 15 centigrammes de ciguë pulvérisée. Comme ils se plaignit ensuite de quelques légères douleurs viscérales, on lui donna de l'huile de ricin à petites doses. Deux heures après, il rendit plusieurs pieds de tænia, plus, quelques gros morceaux parmi lesquels on reconnut la tête. Depuis lors, cet enfant a repris ses forces et sa gaieté. (*Filiatre sebezzio* et *Gazet. méd.*, décembre 1845.)

VARIÉTÉS.

Médecins étrangers. — Un des abus les plus criants que le congrès avait à réformer, c'était le droit d'exercice conféré aux médecins étrangers par les ministres, sans aucune épreuve probatoire de capacité. Le congrès a demandé que les docteurs étrangers fussent assujettis aux cinq examens et à la thèse comme les nationaux. La commission ministérielle a vu comme le congrès, et cet article figurera dans la prochaine loi. Seulement, et c'était justice, on a fait une exception en faveur des professeurs et des notabilités scientifiques établies par des ouvrages importants. Dans ces cas seulement, le ministre pourra accorder le droit d'exercice, mais sur l'avis favorable d'une Faculté et du Conseil royal de l'instruction publique.

Dans la séance où il fut question au Congrès des médecins étrangers, quelques membres citèrent la facilité avec laquelle des diplômes de docteurs étaient donnés dans quelques universités d'Allemagne. MM. les docteurs Stromeyer et C. Vogt, en voulant défendre ces universités, dans une lettre qu'ils ont publiée, reconnaissent de la manière la plus formelle l'exactitude

des reproches qui leur ont été adressés.—«Le diplôme de docteur, disent-ils, n'est en Allemagne qu'un grade universitaire. Nulle part on ne peut pratiquer la médecine sur la seule garantie du diplôme; il faut un *examen d'état* que l'on ne peut passer qu'après avoir obtenu le diplôme ; c'est cet examen d'état qui confère la faculté d'exercer. » — Cela ne prouve-t-il pas combien le vœu du congrès est sage? Quoi ! des docteurs allemands, qui même chez eux n'auraient pas le droit d'exercice, pourraient l'obtenir chez nous sur la seule exhibition du diplôme de docteur, qui n'est, on le voit, qu'un titre universitaire !

L'on a dit encore au Congrès que certaines universités allemandes envoyaient par la poste des diplômes de docteurs à des absents, à des femmes. Le fait est vrai, et tout le monde à Paris a pu avoir entre les mains une carte de visite portant : *Madame Hahnehmann, docteur en médecine.*

Toutes les universités allemandes ont le droit de donner le titre de docteur *honoris causa*. C'est ainsi que Mmes Boivin, Lachapelle et Siebold ont reçu le grade de docteurs. — Il a de plus trois universités, Marbourg, Giessen et Erlangen, qui possèdent un ancien privilége du temps du saint empire romain. Ces universités peuvent faire des promotions *in absentia ;* elles ont le droit de conférer le titre de docteur sur la présentation d'une thèse seulement. Ce grade ne donne aucunement le droit d'exercer la médecine dans le pays. — L'on voit ce qu'il en est, même de l'aveu de ces messieurs.

Mesures prophylactiques prises en Belgique contre la syphilis. — Nous avons parlé des mesures prophylactiques prises en 1842 par le ministre de la guerre contre la syphilis. (Voy. t. XXII, p. 391.) Il paraît que l'idée première de ces mesures appartient à un médecin distingué de la Belgique, M. Vleminkx, inspecteur-général du service de santé des armées de ce pays, qui les aurait communiquées au maréchal Soult. Du reste, ces mesures sont en vigueur en Belgique, depuis cette époque, dans l'armée, et obtiennent le plus magnifique résultat, puisqu'il n'y a plus, dit M. Vleminkx, dans une récente communication, que 130 vénériens dans toute l'armée belge, qui présente un effectif de 25 à 30,000 hommes.

A l'instigation de MM. Vleminkx et Seutin, et à la suite d'une discussion à l'Académie de médecine de Bruxelles, l'administration de cette ville a promulgué de nouveaux règlements sur la prostitution, dont nous ferons connaître les principaux articles. Cette détermination est des plus importantes, car le manque presque absolu d'organisation de ce service avait depuis longtemps donné à cette capitale le hideux aspect qu'avait Paris il y a une quinzaine d'années. Des groupes de prostituées, stationnant librement sur la place publique, invitaient les passants du geste et de la voix ; rien ne réprimait leur cynique audace, et les arrêtés pour les visites à leur faire subir ne donnaient à la santé générale que d'insuffisantes garanties. Voici les articles les plus utiles du nouveau règlement en vigueur à Bruxelles depuis le 18 avril 1844 : 1° Les filles publiques à Bruxelles sont visitées deux fois par semaine; sont aussi soumises à la même formalité les servantes des maisons de prostitution et les matrones non mariées, âgées de moins de cinquante ans ; 2° ces visites sont faites par deux médecins inspecteurs. Outre cela, un médecin inspecteur contrôleur fait une contre-visite à époques imprevues, mais au moins tous les quinze jours. Les fonctions de ces trois mé-

decins sont stables et assez bien rétribuées (4,000 fr. et 5,000 fr.), pour que les titulaires puissent y consacrer tout leur temps et ne soient jamais placés par le besoin entre leurs intérêts et leur devoir; 3° pour mieux empêcher la prostitution clandestine, le médecin inspecteur contrôleur s'adresse à tous les chefs de service des hôpitaux vénériens, ainsi qu'à tous les praticiens placés à la tête des bureaux de consultation, et les prie de demander à tous leurs malades le nom et le domicile de la personne qui les a infectés, et de l'en informer immédiatement, afin qu'on puisse sur ces indices faire exécuter par la police les perquisitions nécessaires; 4° les filles qui manquent aux visites sont soumises à double taxe pour chaque contravention. Les filles non en maison, qui se sont rendues exactement aux visites quatre semaines consécutives, ont remise entière de la taxe; 5° les maisons de débauche doivent avoir au-dessus de leur porte une lanterne de verre de couleur et ronde; 6° dans chacune des chambres des maisons de débauche, il y aura toujours 1° un flacon contenant une solution de soude caustique (une partie de lessive de soude à 35 degrés sur vingt parties d'eau distillée); 2° un flacon d'huile fraîche; le tout lisiblement étiqueté; 3° du linge blanc et deux vases remplis d'eau fraîche.

Prix pour la propagation de la vaccine en France. — L'Académie royale de médecine a décerné cette année les prix de vaccine suivants :

Le prix de 1,500 fr. est partagé entre MM. Lafaye, Off.-S., à Mont-de-Marsan, Penant, D.-M., à Vervins, Serez, D.-M., à Argelles.

Il est décerné des médailles d'or à MM. Renault, D.-M., à Alençon; Raynaud fils, D.-M., à Montauban; Eudes, D.-M., à Bayeux; Graciani, Off.-S., à Saint-Andrea.

Des médailles d'argent sont accordées à MM. Adde-Margras, D.-M., à Paris; Avisard, *id.*, à Coulommiers; Bayard, *id.*, à Cirey-sur-Blaize; Berrens, chir., à Montigny; Blancphr, à Pradelles; Bleynie, D.-M., à Limoges; Bonnafous, *id.*, à Mauriac; Bonnans, *id.*, à Chabannes; Bonnarine, Off.-S., à Plessé; Bonny-Pellieux, D.-M., à Beaugency; Brousta, *id.*, à Sore; Brun-Séchaud, *id.*, à Chalus; Bulloz, *id.*, à Besançon; Calsat, *id.* à Entraigues; Chau, Off.-S., à Montmirail; Chapuis, *id.*, à Champagny; Charrier, D.-M., à Chailly-les-Marais; Charropin, *id.*, à Pons; Chauveau (Mme), S.-F., à Guérigny; Chêne, Off.-S., à Allone: Clermont, *id.*, à Clermont-Ferrand; Cogoreux, D.-M., à Montauban; Colin, *id.*, à Vagney; Couvers, Off.-S., à la Javie; Coti, *id.*, à Ajaccio; Décazis, chir., à Brassac; Deffis, D.-M., à Morlaas; Denizart (Mme), S.-F., à Saint-Quentin; Desmée, Off.-S., à Chinon; Droulin, *id.*, à Saint-Pierre-sur-Dives; Duburgua (J.), D.-M., à Castel-Jalous; Duchatel-Coquel (Mme), S.-F., à Ardes; Dumont, Off.-S., à Lahas; Dupin, D.-M., à Bagnols; Duret, *id.*, à Nuits; Emelin, *id.*, à Ebreuil; Ernoul, Off.-S., à Saint-Broladre; Falip, D.-M., à Cette; Farnies-Lagrange, *id.*, à Saint-Félicien; Fénéon, *id.*, à Saint-Benoit-de-Joux; Fournols, *id.*, à Mauriac; Gagnebé, *id.*, à Carlux; Galdin, *id.*, à Bazoche; Gouet-Gasser, *id.*, à Massevaux; Gandinot, *id.*, à Châteauroux; Genin, *id.*, à Rives; Gérard, *id.*, à Montierancey; Goissaud, Off.-S., à Sorgues; Goupil, D.-M., à Nemours; Grandjean, *id.*, à Bar-le-Duc; Hervy, *id.*, à Domfront, Hullin, *id.*, à Mortagne; Laboissière, *id.*, à Tulle; Laforre, *id.*, à Oléron; Laforet, *id.*, à Lavit de Laumagne; Lassus, *id.*, à Castel-Sarrazin, Lebourlier, *id.*, à

Avranches; Letiblec, *id.*, à Loguivy; Plouyral-Lemenuet, Off.-S., à Saint-Lô; Lesaing, D.-M., à Blamont; Lezelleux, Chir., à Poullaouen; Litschgi, D.-M., à Molsheim; Macqueron, Off.-S., à Heuhenneville; Maillet (Mme), S.-F., à Favonit; Marcollay, Off.-S., à Montcoutant; Mareschal, D.-M., à Fumay; Martenet, *id.*, à Pontailler; Martin, *id.*, à Saint-Bonnet; Medyski, *id.*, à Marseille; Meliet, Off.-S., à Saint-Arnould; Messant, *id.*, à Aigurade; Milhet, D.-M., à Saint-Wast; Montécot, *id.*, à Langres; Penchinot, *id.*, à Port-Vendres; Picard, *id.*, à Louviers; Piffard, *id.*, à Brignolles; Piffon, *id.*, à Lesparre; Pisson, *id.*, à Crèvecœur; Poumeau, Off.-S., à Chasseneuil; Pourcelot, D.-M., à Chaumont; Poussié père, *id.*, à Marvejols; Prévost (Mme), S.-F., à Bourg; Rétif, D.-M., à Selommes; Renaud, *id.*, à Loches; Renaud (Mme), S.-F., à Bourg; Robert, D.-M., à Ligny; Roche, *id.*, à Toulouse; Salvagnat, *id.*, à Neuve-Église; Seurre, *id.*, à Suippes; Teilhard, *id.*, à Figeac; Thomas, *id.*, à Saint-Étienne; Tortera, Off.-S., à Villiers-Saint-Beuoît; Vaysse, D.-M., à Aunat; Velleyeus, *id.*, à Bilchy.

Des élèves et des professeurs en Allemagne. — L'élève en médecine, en Allemagne, ne paye pas un sou au gouvernement; les inscriptions y sont inconnues; la rétribution payée pour les cours appartient uniquement aux professeurs, mais elle ne forme qu'une partie de leur revenu. Le traitement des professeurs, qui est payé par le gouvernement, est encore en dehors du produit des cours, bien plus considérable que le traitement des professeurs en France.

Les professeurs ont des émules dans les professeurs agrégés et dans les docteurs qui ont acquis le droit d'enseigner. Ces derniers surtout sont les concurrents des professeurs. Pour faciliter cette concurrence, on accorde, aux certificats donnés par ces docteurs, la même valeur légale qu'à ceux des professeurs. Mais, pour éviter une concurrence non scientifique, on ne leur permet pas de faire leurs cours à un prix moins élevé que les professeurs. Les différents gouvernements de l'Allemagne se disputent les professeurs distingués. La carrière de ces derniers n'a, par conséquent, aucune limite. Les étudiants des différents pays de l'Allemagne peuvent suivre les cours de telle université qu'ils préfèrent. La fréquentation d'une université dépend ainsi uniquement de la renommée de ses professeurs. Il en résulte que le zèle du professeur est constamment stimulé par l'émulation, et qu'il ne peut pas se reposer sur ses lauriers, à moins de voir ses cours déserts et son avancement détruit. Aussi chercherait-on en vain, en Allemagne, de ces professeurs, coureurs intrépides de clientèle, qui sont malades pour la Faculté, morts pour la science, mais très-bien portants pour le public consultant.

Élèves médecins communaux. — La suppression du second ordre de médecins rendra indispensable dans certains départements, si ce n'est de suite, au moins dans quelques années, l'institution de médecins cantonaux ou communaux. La loi prochaine contiendra, dit-on, cette fondation, non d'une manière générale, mais dans les localités où elle sera jugée indispensable : dans les départements très-pauvres, dans les pays de montagnes. La question la plus importante sera dans le mode de nomination de ces mé-

decins. Mais toujours faudra-t-il leur accorder sur les fonds départementaux ou sur ceux de l'État des appointements annuels. M. le docteur Fournet, dans une lettre au ministre de l'instruction publique, propose un autre moyen qui est digne d'être examiné. Il ne s'agit plus pour lui immédiatement de médecins cantonaux, mais de l'institution d'*Élèves médecins communaux*.

L'État pourrait dire aux cantons : « Vous craignez de manquer de médecins ? Choisissez, à la majorité de vos conseils municipaux, ceux de vos enfants qui ont montré dans les diverses épreuves de l'instruction primaire et secondaire le plus de zèle et d'aptitude ; proportionnez à vos besoins le nombre de vos élus. Et moi, gouvernement, je dirai à ces jeunes hommes ou à leurs familles : Je suis prêt à faire tous les frais de votre éducation médicale ; vous n'aurez d'autre sollicitude que celle de conquérir et de mériter votre grade de docteur en médecine. Mais, pour prix du sacrifice que j'impose à l'État en votre faveur, vous vous obligez à consacrer aux *communes* l'instruction dont je vous aplanis les chemins. Votre liberté d'exercice se bornera aux circonscriptions des communes ; ou bien vous pourrez suivre jusque dans les villes le rayon de votre clientèle, mais avec obligation à la résidence fixe dans la commune de votre choix. »

Si plus tard le médecin voulait changer de résidence pour aller habiter la ville, il faudrait qu'il restituât à l'État les frais qu'il aurait déboursés pour lui.

Quant aux jeunes aspirants au doctorat, que cette mesure remettrait aux mains non plus seulement de l'Université, mais de l'administration, on pourrait les réunir dans celle des trois Facultés de médecine qui a le moins d'élèves, et les soumettre, dans une même enceinte, à une vie commune. Cette vie commune serait, pour les familles, une garantie de travail et de moralité.

Cette mesure mérite d'être mûrement examinée ; car, après la suppression des officiers de santé, on n'a pas un besoin immédiat des médecins cantonaux. Elle aurait pour avantage d'exclure les rivalités et les discordes que la création de ces places peut faire naître, de ne pas créer une nouvelle classe de fonctionnaires publics aux gages de l'État. De plus, les frais ne seraient point comparables aux appointements annuels et perpétuels qu'il faudrait payer aux médecins cantonaux. Il n'y aurait plus, on le comprend, ni médecins cantonaux, ni médecins communaux. Ce seraient des médecins comme les autres, de la réception desquels l'État aurait fait les frais, à la charge par eux d'aller fixer leur domicile dans certaines localités.

La question posée par l'Académie de médecine pour le prix Portal, qui est de 1,200 fr., était la suivante : « De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules. » Ce prix n'a pas été donné, et la question est remise au concours pour 1847. L'Académie a accordé un encouragement de 300 fr. à MM. Raciborski et Lartigue, auteurs du mémoire n° 4.

Prix proposés par l'Académie pour 1847. — *Prix de l'Académie.* — « De l'influence comparative du régime animal et du régime végétal sur la constitution physique et le moral de l'homme. » Ce prix sera de 2,000 fr.

Prix Portal. — « De l'analogie et des différences entre les tubercules et

les scrofules. » Les concurrents devront traiter les deux parties de cette question, en appuyant leurs conclusions sur des observations cliniques et des recherches d'anatomie pathologique, éclairées par des investigations physiques et microscopiques. Ce prix sera de 1,800 fr.

Prix Bernard de Civrieux. — L'Académie propose pour sujet de prix : « De l'asthme. » Ce prix sera de 1,000 fr.

Les mémoires pour ces trois concours doivent être remis *franco* au secrétariat de l'Académie avant le 1er mars 1847.

Prix de la Société de pharmacie.—La Société de pharmacie propose, comme sujet de prix pour 1847, la question suivante : « 1° Faire l'analyse du séné, reconnaître et déterminer le principe auquel il doit sa propriété purgative ; 2° comparer chimiquement, sous le rapport de la quantité du principe purgatif, les différentes espèces de feuilles et de follicules du séné du commerce. » Le prix est une médaille d'or de 500 fr. Les mémoires doivent être adressés *franco* à M. Soubeiran, secrétaire-général, 13, rue de l'Arbalète.

D'après le relevé officiel des élèves inscrits en 1845 dans les vingt écoles préparatoires de médecine, on trouve que ces écoles ont été suivies par 728 élèves, dont 285 nouveaux. Sur ce nombre, 252 élèves étaient bacheliers ès lettres et 43 bacheliers ès sciences. Voici la répartition de ces élèves par écoles :

Noms des écoles.	Elèves nouveaux.	Total des élèves.	Bacheliers ès lettres.	Bacheliers ès sciences.
Grenoble	8	20	15	5
Caen	13	27	10	6
Lyon	32	94	19	3
Limoges	10	16	4	0
Besançon	20	41	20	4
Marseille	12	40	12	3
Poitiers	14	27	15	1
Reims	8	20	2	1
Toulouse	41	64	12	2
Arras	8	30	0	0
Angers	6	33	17	6
Nantes	8	34	22	2
Orléans	5	26	12	1
Nancy	14	27	10	0
Rouen	10	24	14	4
Amiens	13	35	1	0
Rennes	25	75	30	3
Bordeaux	18	36	13	1
Dijon	7	21	7	0
Tours	13	38	17	1
	285	738	252	43

Prix des Annales médico-psychologiques.— Le comité des rédacteurs des Annales médico-psychologiques avait proposé, pour sujet du prix de 1845, la question suivante : « Déterminer les caractères distinctifs de l'homicide chez « les aliénés et de la monomanie homicide ; faire un exposé critique des « principaux cas de monomanie homicide qui ont été l'objet de poursuites « judiciaires. Répondre à cette question : La monomanie est-elle, dans tous

« les cas, passible des peines légales? » — Une médaille de 200 fr. a été décernée à M. le docteur Bonnet, professeur de pathologie et de thérapeutique générales à l'Ecole de médecine de Bordeaux.

Un nouveau prix de 500 fr. est proposé, pour 1846, pour le meilleur mémoire sur la question suivante. « Examen comparatif des diverses méthodes « curatives de l'aliénation mentale. En apprécier la valeur d'après les résul« tats recueillis par l'observation. » — Les mémoires admis au concours devront être remis cachetés au bureau du journal avant le 1er novembre 1846. Le prix sera décerné le 1er janvier 1847.

Souscription Bichat. — La souscription Bichat, ouverte et soutenue par la Commission permanente du Congrès, obtient, et l'on devait s'y attendre, le plus grand succès dans les départements. Les listes qui ont été publiées jusqu'au 10 janvier, portaient le chiffre des sommes reçues à 1,688 fr. Voici les souscriptions reçues par M. le trésorier ou par nous depuis cette époque :

MM. Marquez, ph., à Coutances, 5 fr.; docteur Heliot, à Vigny, 5 fr.; docteur Grinfeld, à Serviane, 5 fr.; docteur Laborie père, à Paris, 5 fr.; la Société médicale d'émulation, à Paris, 100 fr.; docteur Sorlin, *id.*, 10 fr.; doct. Bachelier, à Étain, 5 fr.; doct. Hameau, à la Teste, 5 fr.; M. Mayouti, ph., à Bordeaux, 5 fr.; le Comité central de La Flèche, 100 fr.; docteur Caujol, à Paris, 5 fr.; docteur Guyton, à Autun, 10 fr.; docteur Dumésnil, à Rouen, 5 fr.; docteur Sereine, à Hanu, 2 fr.; docteur Lambert, à Orgeval, 10 fr.; docteur Garnier, à Montargis, 5 fr.; docteur Haguette, à Paris, 5 fr.; docteur Magne, à Blesle, 2 fr.; docteur Belloc, à Réalmout, 10 fr.; docteur Vivenot, à l'Ile-Adam, 5 fr.; docteur Dubiu de Peyrelongue, à Beaume, 5 fr.; docteur Mignot, à Beaumont, 5 fr.; docteur Dupuy, à l'Ile-Adam, 5 fr.; docteur Duquesnel, à Beaumont, 5 fr.; docteur Decap, à Saint-Gaudens, 5 fr.; docteur Manent (Gabriel), à Clarac, 3 fr.; docteur Arloing, à Nevers, 5 fr.; docteur Berry, *id.*, 5 fr.; docteur David, *id.*, 5 fr.; docteur Leblauc-Bellereau, *id.*, 5 fr.; docteur Martin, *id.*, 5 fr.; docteur Sencle, *id.*, 5 fr.; docteur Thomas, *id.*, 5 fr.; docteur Nielly, ph., à Philippeville, 5 fr.; docteur De Mancel, *id.*, 5 fr. Total général à ce jour, 2,065 francs.

Nomination des internes des hôpitaux. — Prix décernés. A la suite du dernier concours pour l'internat des hôpitaux, les nominations ont été faites dans l'ordre suivant : MM. Viallet, Batemberg, Guibout, Ozanam, Faton, Morvan, Simon, Escalier, Chausit, Follin, Clavand, Bezançon, Dupuy, Gogué, Blanche, Courtin, Penard, Dimey, Thimbard, Gaulbier, Leneveu, Moulin, Tailbé, Rollet, Blat, Guyton, Gougeon, Lepelletier, Rames, Cœurderoi, Lagrange, Toutée, Sagot, Dubois, Petit, Hocquet. *Internes provisoires :* MM. Bouteiller, Vignès, Grivot-Grandcourt, Klippel, Botrel, Boulland, Chartier, Coffin, Mignot, Bellaigne, Boursier, Wickam, Dupuis (Louis), Gondouin, Vinet, Jacotot, Boivin, Chauveau, Saint-Vis, Viollet.

Prix des internes de la troisième année. Premier prix, M. Jousset; deuxième prix, M. Bichard; première mention, M. Erard; deuxième mention, M. Moutard-Martin. *Prix de première et deuxième années.* Premier prix, M. Caucal;

deuxième prix, M. Racle; première mention, M. Duclos; deuxième mention, M. Hervieux. Prix des *externes*. Premier prix, M. Viallet; deuxième prix, M. Battemberg; première mention, M. Guibourt; deuxième mention, M. Ozanam.

Les nouvelles les plus favorables arrivent de toutes parts sur les démarches faites, d'après les conseils de la Commission permanente du Congrès, par le corps médical auprès des membres de la Chambre des députés. Partout où les médecins et les pharmaciens se sont présentés, ils ont été accueillis avec le plus grand intérêt, les promesses les plus positives ont été données d'appuyer les vœux du Congrès, et le corps médical peut aujourd'hui compter sur des sympathies nombreuses et importantes dans le sein de la Chambre des députés. Cet heureux résultat est dû à l'empressement avec lequel nos confrères des départements ont suivi les indications de la circulaire n° 1, et à la généralité, à la simultanéité des démarches faites.

Une singulière législation s'est établie relativement aux dentistes par suite de l'omission singulière et inexplicable de cette profession dans la loi du 19 ventôse an XI, qui régit l'exercice de la médecine. Voyant simplement le texte et n'appréciant pas suffisamment l'esprit de la loi, des Cours royales et la Cour de cassation surtout, par un arrêt de 1827, ont prononcé que les dentistes n'appartenaient à aucune des trois professions de médecin, de chirurgien ou d'officier de santé. Il suivait de là qu'il était loisible à chacun de se faire dentiste, sans que les dispositions de la loi de ventôse an XI pussent lui être appliquées. Cet abus, qui avait été rare jusque-là, a pris dans ces dernières années un grand développement. On comptait par douzaines, à Paris, les personnes qui, sans aucun titre médical, avaient ouvert des cabinets de dentistes où ils appelaient les clients à grand renfort d'annonces et de prospectus. Il y avait déjà plusieurs femmes qui s'étaient improvisées dentistes. Quelques docteurs en médecine exerçant la profession de dentiste ont actionné dernièrement ces intrus devant la sixième chambre du tribunal correctionnel, et se sont portés parties civiles. Les juges de la sixième chambre ont interprété autrement qu'on ne l'avait fait le silence de la loi : ils ont vu, dans la profession du dentiste, l'exercice d'une branche de la science médico-chirurgicale, et ont condamné les inculpés à l'amende et aux dépens. — La conclusion, c'est que, dans l'état actuel de la législation, la profession des dentistes n'est ni spécifiée ni garantie, et que la loi prochaine doit réparer cette lacune, car certainement l'art du dentiste est une branche spéciale de l'art de guérir.

Il y a à Paris dans chaque bureau de charité une officine avec laboratoire, magasin de drogueries tenu par les sœurs; ces médicaments sont distribués aux indigents malades sur les ordonnances des médecins du bureau de charité. Doit-on tolérer indéfiniment qu'une portion de la population parisienne, portion qu'on n'évalue pas à moins de cent mille individus composant les familles inscrites aux bureaux de bienfaisance, soit généralement fournie de médicaments par l'office de personnes ne remplissant aucune des conditions requises pour l'exercice de la pharmacie? — Les pharmaciens de Paris viennent d'adresser une pétition au préfet de la Seine, pour obtenir

que la préparation et le débit des médicaments nécessaires aux indigents inscrits aux bureaux de bienfaisance soient confiés à des pharmaciens choisis dans chacun des quartiers de la ville. Le service des pauvres sera mieux fait, et de plus il y aura économie pour l'administration ; car les pharmaciens ne veulent pas bénéficier sur leurs fournitures, ils se soumettront à un tarif qui sera réglé par les soins d'une Commission administrative spéciale et compétente.

M. le docteur Loir a récemment éveillé l'attention sur les vices de notre législation relativement au service des actes de naissance. « Les déclarations de naissance seront faites dans les trois jours de l'accouchement à l'officier de l'état civil du lieu; l'enfant lui sera présenté. » Tel est l'art. 55 du Code qui régit l'état civil des nouveaux-nés. M. Loir signale le danger du déplacement à une époque si voisine de la naissance. La présentation à la mairie n'est pas exigée dans les campagnes et dans les petites villes, mais dans la capitale et dans les grandes villes elle est de rigueur, excepté pour quelques classes privilégiées. C'est l'enfant du pauvre, souvent mal vêtu, porté à pied à l'état civils qui court les plus grands dangers. Il faudrait donc chercher un moyen de faire cesser l'état de chose actuel sans changer l'esprit de la loi. Voici les mesures que M. Loir à soumises au jugement de l'Académie des sciences morales et politiques. — Faire pour les nouveaux-nés ce que l'on fait pour les morts; envoyer constater les naissances à domicile de la manière suivante: l'officier de l'état civil ou la personne chargée de le représenter viendrait au domicile de l'enfant constater la naissance et le sexe, après quoi il n'aurait qu'à remettre aux parents un bulletin imprimé avec lequel les témoins iraient seuls (sans l'enfant) à la mairie faire dresser l'acte de naissance.

La Société royale de médecine de Marseille donne pour sujet de prix la question suivante : « Des ressources que la Flore médicale indigène présente aux médecins des campagnes. » — Le prix sera une médaille d'or de 300 fr. — Les concurrents devront s'attacher particulièrement à signaler les propriétés peu connues, et cependant bien constatées par leur propre expérience ou par l'expérience populaire, des diverses plantes sur l'emploi desquelles ils appelleront l'attention des praticiens. Ils n'oublieront pas d'indiquer les noms vulgaires en même temps que les noms scientifiques de ces plantes, et les localités où elles croissent. — Adresser les mémoires avant le 1er juillet 1847 au docteur Beuil, secrétaire-général, 32, rue du Baignoir.

Dans la dernière séance de décembre, l'Académie royale de médecine a renouvelé son bureau pour 1846. M. Roche, vice-président, a été nommé président par 70 voix sur 79 votants; M. Bégin, vice-président, par 73 voix sur 82 votants; M. Mélier, secrétaire, par 70 voix sur 84 votants.

Nous ne laisserons pas passer cette occasion sans complimenter M. Caventou pour la dignité, l'intelligence et l'impartiale fermeté qu'il a apportées dans la direction des débats de ce corps savant pendant l'année 1845. C'est un redoutable honneur que celui de présider l'Académie. De l'avis de tous ceux qui ont suivi les séances, M. Caventou est du nombre de ceux qui ont été à la hauteur de leurs devoirs.

Ont été nommés membres du conseil de l'Académie: MM. Caventou, Delens et Boulay jeune.

M. de Salvandy, dont nous ne saurions trop louer les généreuses intentions, avait accueilli le vœu exprimé par le Congrès médical relativement à la création d'une École de médecine à Alger. L'on se souvient des belles et nobles paroles de son discours. Ce ministre a déjà mis la main à l'œuvre. Il s'occupe d'organiser l'instruction publique dans l'Afrique française, au moyen de la création, à Alger, d'une Académie semblable à celles qui existent dans plusieurs grandes villes de France. Tous les établissements d'instruction publique dépendront de cette Académie, qui dépendra elle-même de l'Université. M. de Salvandy a eu avec le ministre de la guerre plusieurs conférences relatives à ce projet, qui sera présenté aux Chambres dans cette session.

Les professeurs de l'École préparatoire de médecine d'Angers ont ouvert une souscription pour élever un monument au docteur Olivier (d'Angers), leur compatriote. Une commission, prise dans le sein de l'École, a été formée. Elle est composée de MM. Godfroi, Guépin, Mirault, Bigot et Laroche.

Le concours pour l'internat des hôpitaux civils de Lyon est terminé. Le jury se composait de MM. Pétrequin, Colrat, Imbert, Montfalcon et Brachet. Ont été nommés internes, MM. Foltz, Faivre, Hervier, Chappet, Giraud, Chaveriat, Maurice, Dufour, Saint-Léger, Petit.

La Société de médecine de Lyon avait mis au concours, pour 1845, la question suivante : « Des fièvres intermittentes symptomatiques, de leur diagnostic différentiel et de leur traitement. » — Le prix a été obtenu par M. le docteur Camille Bernard d'Apt (Vaucluse).

Le Conseil municipal de Paris vient de voter cinq millions pour l'hôpital Louis-Philippe, qui doit être construit dans les anciens terrains de Saint-Lazare, entre le faubourg Poissonnière et le faubourg Saint-Martin.

M. le docteur Henri Gintrac vient d'être nommé, par arrêté ministériel, chef de Clinique à l'École préparatoire de médecine de Bordeaux. Ces fonctions n'existaient pas dans cette École.

L'organisation de l'association médicale dans les douze arrondissements de Paris est presque complète en ce moment. Un seul arrondissement, le 11ᵉ, est en retard ; mais il ne peut manquer de suivre l'exemple général. Depuis la publication de notre dernier numéro, les 2ᵉ, 3ᵉ, 5ᵉ et 6ᵉ, ont terminé leur constitution par la nomination du bureau. Les choses sont aussi très-avancées dans le 7ᵉ.

A la suite du concours qui vient de se terminer à Montpellier, M. Boyer, professeur de la Faculté de Strasbourg, a été nommé à l'unanimité professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Montpellier. — Le jury a accordé à M. Alquié une mention très-honorable, exprimée dans les termes les plus flatteurs pour ce candidat.

Le nombre total des inscriptions prises à la Faculté de médecine de Paris, du 1er au 15 novembre dernier, est de 839. Le chiffre des premières inscriptions entre dans ce nombre pour 186.

Le conseil municipal de Marseille vient de voter une somme de 10,000 francs pour les dépenses du Congrès scientifique qui tiendra sa session à Marseille l'année prochaine.

Par suite de maladies ou d'absences, cinq professeurs de la Faculté de Montpellier ne font pas leurs cours en ce moment, et sont remplacés par cinq agrégés.

M. le docteur Flaubert père, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, vient de mourir à l'âge de soixante et un ans.

La Commission ministérielle a terminé ses travaux. La Commission permanente du Congrès continue les siens. Il va être de son devoir d'examiner et de peser les solutions données aux questions par la Commission ministérielle; de voir les différences des résolutions prises avec les vœux exprimés par le Congrès. Les questions capitales ont presque toutes été résolues dans l'esprit du Congrès. Néanmoins, il est possible que la Commission permanente juge utile d'user de l'influence et de la force que lui ont données les pétitions et les démarches du corps médical de France auprès des députés, pour réclamer quelques modifications au projet élaboré par la Commission ministérielle.

La Commission permanente s'occupe avec activité de l'organisation de l'association libre entre les divers membres du corps médical. Nous pouvons, dès à présent même, apprendre à nos lecteurs que les associations sont organisees ou en voie d'organisation dans plus de deux cents arrondissements de France. Le zèle des médecins les plus honorablement placés dans les villes mérite la reconnaissance de leurs confrères. La Commission permanente travaille à un projet de règlement qui lui est demandé de toutes parts.

L'on avait signalé au Congrès un abus, malheureusement trop réel dans quelques départements. C'est la pratique illégale de la médecine par quelques membres du clergé. Parmi les départements où cet abus a été observé, on avait mentionné particulièrement les Vosges. Une correspondance a eu lieu à cet égard entre un membre de la Commission permanente et monseigneur l'évêque de Saint-Dié ; ce prélat écrit, et il autorise à faire usage de sa lettre : « que ces délibérations ont excité sa vigilance sur un abus dont il ne soupçonnait même pas l'existence dans son diocèse ; et que, toutes les fois qu'il lui reviendra que des ecclésiastiques se permettent d'exercer la médecine, il s'empressera de le leur défendre expressément. » — Nous avons la confiance que les membres du haut clergé agiront dans les autres diocèses, comme monseigneur l'évêque de Saint-Dié. — C'est aux associations d'arrondissement à signaler les abus de ce genre.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE L'HUILE DE CADE OU DE GENÉVRIER DANS LES AFFECTIONS ECZÉMATEUSES DE LA PEAU ET PRINCIPALEMENT DANS L'OPHTHALMIE SCROFULEUSE.

Les huiles pyrogénées ont été autrefois fort employées en médecine, et ensuite complétement abandonnées. Les médecins contemporains, revenant sagement sur la proscription qui, pendant longtemps, avait frappé presque tous les agents de la matière médicale, ont, par de nouvelles expérimentations, sanctionné les jugements de nos devanciers et rétabli dans la thérapeutique l'huile animale de Dippel et quelques produits de la distillation du bois; le goudron a eu une grande faveur; puis est venue la créosote qui en dérive; celle-ci a été pendant quelques mois l'objet d'un engouement général. Enfin, parmi cette classe de moyens, l'on a préconisé la suie qui, en pommade et en décoction, n'est pas un médicament à négliger contre certaines dartres et teignes et contre certaines ophthalmies; l'on a vanté aussi l'huile de papier, déjà décrite par Lemery, et proposée de nouveau dans ces dernières années, sous le nom de *pyrothonide*, par M. le docteur Ranque, d'Orléans. Cette huile est obtenue par la combustion du linge ou du papier à l'air libre sur des assiettes. Etendue dans trois ou quatre fois son poids d'eau distillée, elle a servi également comme collyre et comme astringent, en injections et en gargarismes.

Mon intention, dans ce court Mémoire, est de ramener l'attention de mes confrères, et surtout celle des praticiens des campagnes, sur une substance de même nature que les précédentes, mais bien autrement utile, d'après mon observation, dans quelques cas bien déterminés. Cette substance, c'est l'huile de cade, connue aussi autrefois sous le nom d'*huile pyrogénée de bois d'oxycèdre*. Elle s'obtient par la distillation du bois de genévrier, *juniperus oxycedrus*, qui croît dans le midi de la France, en Espagne, dans les terrains les plus rocailleux et les plus secs. Jeune, cet arbre affecte souvent des formes pyramidales arrondies et semble taillé au ciseau; en vieillissant, il change d'aspect et prend celui du saule pleureur. Entre Uzès et Alais, il y en a un qui arrête l'attention des passants : sa hauteur est de plus de 5 mètres, sa circonférence de 1 mètre 60 centimètres. Les personnes les plus âgées du voisinage disent l'avoir vu dans leur jeunesse à peu près de la

même taille. Le grand genévrier (*juniperus oxycedrus*), dont il est question ici, diffère du genévrier commun, suivant mon honorable ami, M. le baron d'Hombres, en ce qu'il porte sur ses feuilles deux raies blanches, au lieu que le genévrier commun n'en a qu'une.

C'est la médecine populaire, la médecine des bergers, des bonnes femmes, qui, dans le midi de la France, a conservé l'usage de l'huile pyrogénée de cade. C'est par les bons effets que j'ai vu obtenir de son emploi empirique dans quelques affections herpétiques des animaux et de l'homme, dans l'odontalgie, dans les affections vermineuses, etc., que j'ai expérimenté moi-même ce remède pour en déterminer et en régulariser l'emploi.

Il se fait une grande consommation d'huile de cade dans nos campagnes. Les paysans, pour préparer cette huile, prennent les troncs, les grosses branches et les racines des vieux genévriers, car les jeunes ne fournissent point d'huile, et après en avoir détaché avec soin l'aubier pour ne conserver que les parties rougeâtres du centre, ils coupent ce bois en morceaux de 20 ou 30 centimètres de long et le mettent dans leur vase distillatoire. C'est tout simplement une vieille marmite de fonte hors de service et percée sur un des côtés. Quand ce vase est convenablement rempli, on le couvre avec une pierre plate que l'on lute avec de l'argile et l'on allume du feu autour. Au bout de quelques heures, l'huile commence à descendre; elle coule par l'ouverture dans une rigole qui la conduit dans des bouteilles où elle est conservée. Il y a dans les environs d'Alais trois ou quatre paysans qui fabriquent ainsi l'huile de cade et qui la vendent au détail : 50 kilogrammes de bois ainsi traités, donnent environ 15 kilogrammes d'huile; on la vend, communément, 1 franc le demi-kilogramme. Malgré ce bas prix, on sophistique encore cette substance par l'addition d'une solution saturée de sel marin qui s'y mêle assez bien; mais, au bout d'un certain temps, l'huile subit une altération, se sépare de l'eau et vient à sa surface.

L'huile de cade, ainsi préparée, est un liquide brunâtre, ayant la consistance d'une huile épaisse, elle est très-inflammable; elle sert même dans quelques magnaneries à l'éclairage; son odeur est forte, résineuse, analogue à celle du goudron, ou mieux de la viande fumée, mais plus désagréable encore; sa saveur est âcre, caustique. Mise sur la peau saine, elle ne provoque ni douleur, ni démangeaisons. Appliquée sur les muqueuses de l'œil, du nez, des lèvres de l'anus non enflammées, l'irritation est presque nulle; elle ne détermine pas de réaction pathogénique sensible chez les enfants atteints d'affection vermineuse auxquels on la donne à l'intérieur. Sur la peau et les muqueuses

enflammées, son application est parfois accompagnée d'une cuisson légère, mais de très-courte durée ; sur les parties ulcérées, cette cuisson est un peu plus forte, mais elle ne dure pas davantage : environ un quart ou une demi-minute.

Cette huile est le remède par excellence que les bergers emploient contre la gale des moutons. Une goutte par jour, déposée sur les points malades, suffit pour détruire la maladie en moins d'une semaine, et prévenir la chute de la laine. La même affection, chez les autres animaux, est traitée par le même moyen, avec un égal succès. On l'oppose aussi avec avantage contre les diverses affections herpétiques des animaux, contre les ulcères, contre les larves des plaies qu'elle fait promptement mourir.

Dans le Languedoc, je l'ai déjà dit, l'usage médical de l'huile de cade est entièrement entre les mains des bonnes femmes. Ce sont elles qui l'appliquent à l'odontalgie, et j'ai vu souvent des douleurs intolérables de dents, calmées par l'introduction d'une goutte de ce liquide dans le trou de la dent cariée. Ce sont encore les commères qui l'administrent d'une manière générale contre les affections vermineuses des enfants. Un médecin n'arrive pour ainsi dire pas auprès de ces petits malades, sans trouver déjà ce remède employé. La dose à l'intérieur varie depuis une vingtaine de gouttes dans de l'eau sucrée, jusqu'à une cuillerée à café, selon l'intensité des symptômes et l'âge de l'enfant. De plus, on lui barbouille la lèvre supérieure, l'intérieur des narines, les tempes, le cou, avec cette huile, dont l'odeur pénétrante se répand dans l'appartement, et arrive avec l'air dans les cellules de l'organe pulmonaire.

Je n'ai jamais employé l'huile de cade comme anthelmintique, mais j'ai la conviction qu'elle a été souvent fort utile.

La propriété anthelmintique de la décoction de suie, qui a été employée de temps immémorial par les gens du peuple comme vermifuge, soit en lavement, soit en potion, a été reconnue par M. le professeur Trousseau.

Il ne faut donc pas, à mon avis, que la médecine méprise toutes les données, toutes les pratiques populaires en médecine. Il en est plusieurs qui ont été adoptées par la science après examen et jugement ; il en est d'autres qui, nécessairement, seront reconnues comme possédant des avantages incontestables, et de ce nombre, nous le disons sans hésiter, est l'huile de cade, sur laquelle nous appelons l'expérimentation de nos confrères dans les spécialités pathologiques que nous allons indiquer.

Mes premiers essais avec l'huile de cade ont porté sur la gale. C'est aujourd'hui, d'après le nombre des guérisons que je dois à ce moyen, ma principale, je pourrais même dire mon unique méthode. Trois ou

quatre frictions suffisent le plus ordinairement pour faire disparaître la maladie lorsqu'elle est récente. Lorsque la gale est invétérée, et qu'il s'y joint un état eczémateux avec suintement, j'ai encore réussi à guérir par l'huile de cade, quand tous les traitements avaient échoué. Un fait ancien de ma pratique établira cette remarquable efficacité. M. X., âgé de soixante ans, était tourmenté, depuis plus de six mois, d'une gale qui avait résisté à tout. Il présentait en outre un écoulement eczématique des plus abondants aux deux jambes et au dos. La quantité de linge salie était énorme. Les antiphlogistiques, les bains émollients, les cataplasmes, les dépuratifs, les bains sulfureux avaient été sans nul effet contre ce prodigieux écoulement, lorsqu'il réclama mes soins. J'appliquai avec les barbes d'une plume une couche d'huile de cade pure sur toutes les parties malades. La cuisson qui s'ensuivit fut courte et fort supportable. Dès la seconde application il y avait déjà une modification avantageuse réelle. Le cinquième jour, le suintement était réduit des quatre cinquièmes; la guérison fut complète le vingtième jour, sans métastase et sans que cette suppression rapide devînt une cause de trouble intérieur. Ainsi, quatre ou cinq jours d'onctions, faites sur les parties malades, et souvent seulement sur les bras et les jambes, ont suffi pour amener la guérison. J'ai eu encore, il y a peu de temps, à traiter un homme de Vezenobre, qui portait à la main une dartre lichénoïde que les remèdes les plus actifs n'avaient pu détruire, quoique employés avec persévérance pendant plus d'une année : il a été guéri en six semaines par les seules onctions d'huile de cade.

Je pourrais rapporter un grand nombre d'autres observations pour établir que des maladies dartreuses, quoique différant par la forme eczémateuse, papuleuse, lichénoïde, herpétique, sont guéries par quelques onctions avec l'huile de cade, alors qu'elles ont résisté aux traitements ordinaires. Qu'il me suffise d'appeler les essais des médecins sur ce fait incontestable, savoir, que lorsqu'une maladie dartreuse, quelle que soit sa forme, aura été rationnellement cumbattue par les antiphlogistiques, les dépuratifs et les traitements spécifiques connus, et cela sans guérison, on doit appliquer l'huile de cade pure en onctions chaque deux jours sur les parties ; il y a alors de très-grandes chances de succès.

Une particularité fort remarquable, que je dois signaler, c'est la formation d'une pellicule analogue à l'épiderme par l'action de l'huile de cade. Cette pellicule se forme du quatrième au cinquième jour sur les parties eczémateuses ointes d'huile; elle est lisse et presque transparente ; du cinquième au sixième jour cette pellicule se casse, et tombe du neuvième au dixième jour, laissant voir la surface malade guérie ou en voie rapide de guérison.

Un jeune enfant de cinq ans portait sur la face, le cou, la poitrine et les parties latérales du ventre, une affection herpétique eczémateuse, avec plaies nombreuses et profondes. Le mal avait huit mois de date et avait été réfractaire à un traitement modificateur de la constitution; les bains ordinaires, les bains de mer, les bains sulfureux, les bains de sublimé avaient en outre été employés sans succès. La mère de cet enfant était désespérée de la durée du mal, et embarrassée de trouver assez de linges pour absorber les liquides et panser des plaies qui intéressaient la peau dans toute son épaisseur. Tel était l'état du petit malade lorsqu'il me fut confié. Je me bornai d'abord à appliquer l'huile de cade sur la région du cou; cette application se fit sans douleur. L'amélioration remarquable qu'au bout de trois jours je remarquai dans ces points m'encouragea à étendre les onctions d'huile de cade sur toutes les parties malades et sur les plaies ulcéreuses elles-mêmes; elles furent toutes mises sous une couche du remède. Cette opération se fit sans que l'enfant accusât par ses cris aucune douleur. Au bout du cinquième jour, toutes les parties, excepté là où il y avait des plaies creuses, étaient recouvertes de *l'épiderme artificiel* dont nous avons parlé; il tomba le huitième jour, et fut remplacé par un autre d'une teinte rosée et parfaitement sec. Quant aux plaies, elles se couvrirent rapidement de bourgeons charnus qui, en quelques jours, atteignirent le niveau de la peau. On continua le pansement avec l'huile de cade; bientôt l'épiderme artificiel se forma sur ces bourgeons, se déchira et se détacha dans l'espace de temps ordinaire, de telle sorte qu'en trois semaines la guérison était complète. Ce fait est un des plus remarquables que j'aie observés.

Il me reste à parler de l'ophthalmie scrofuleuse et de l'emploi que j'ai fait de l'huile de cade dans ces cas. C'est ici que j'appelle plus particulièrement encore l'attention des praticiens.

Quel est le médecin qui n'a pas gémi de son impuissance en présence de ces ophthalmies scrofuleuses rebelles à tous les moyens? De ces kératites scrofuleuses anciennes avec ulcérations presque générales de la cornée, photophobie, inflammation de la conjonctive dont les vaisseaux marchent presque jusqu'au centre de la cornée transparente, et qui se compliquent d'épanchements interlamellaires s'opposant au passage des rayons lumineux? Toutes les règles de l'art ont été suivies; les antiphlogistiques, les révulsifs, les traitements spécifiques internes, les topiques sur l'œil, les cautérisations, tout a été mis en usage. L'on a obtenu parfois des améliorations plus ou moins imporantes, plus ou moins longues; mais toujours le mal revient; et le médecin agit au hasard: il ne sait plus que faire.

Eh bien ! c'est dans ees eas que l'huile de cade, ou, si elle fait défaut, le bain de sublimé, moyens qui seront maniés comme je le dirai tout à l'heure, sont pour moi le traitement par excellence, mon *ultima ratio* à l'aide de laquelle, depuis quelques années, je n'ai pour ainsi dire pas trouvé dans ces circonstances d'ophthalmie scrofuleuse rebelle.

Mes confrères peuvent prendre acte de mes paroles, et je ne crains pas d'être démenti par leur expérimentation si elle est bien dirigée.

Les résultats que j'annonce sont basés sur un assez grand nombre de faits, car j'ai appliqué l'huile de cade sur beaucoup de malades, soit pour des dartres eczémateuses, soit pour la gale, soit dans l'ophthalmie scrofuleuse : pour cette dernière maladie, j'ai plus de vingt observations concluantes; je ne rapporterai que la suivante :

M. Pucelong, d'Alais, homme de trente ans environ, était tourmenté d'une kératite scrofuleuse qui se ravivait de temps à autre et se portait tantôt sur un œil tantôt sur l'autre; la cornée était ulcérée superficiellement dans presque toute son étendue; la conjonctive, fortement et profondément injectée, envoyait ses vaisseaux jusqu'au centre de la cornée lucide. A diverses reprises, j'avais redouté la perte des deux yeux. De tous les remèdes dirigés contre cette ophthalmie double, aussi grave qu'opiniâtre, le pinceau imbibé d'eau, passé et repassé sur le nitrate d'argent, avait seul produit des améliorations; mais elles étaient ordinairement de peu de durée, elles ne se prolongeaient pas au delà de quinze jours, après lesquels les deux yeux ou bien un seul semblaient menacés d'une fonte certaine. Après une année et plus de soins journaliers, la maladie étant toujours plus sérieuse, M. Pucelong fit le voyage de Montpellier, et y passa six mois, confié aux soins de MM. Serre et Lallemand. Ces honorables professeurs épuisèrent inutilement toutes les ressources de la thérapeutique, et le pauvre malade revint à Alais désespéré et voyant à peine pour se conduire.

J'avais déjà à cette époque recueilli plusieurs faits de guérison d'ophthalmie scrofuleuse, à l'aide de l'huile de cade en onctions sur toute la face, onctions faites seulement en vue de guérir une affection eczémateuse existante. L'idée que les affections de la conjonctive tiennent souvent de la nature des maladies de la peau, m'engagea chez ce malade à passer un pinceau trempé dans cette huile sur l'intérieur de la paupière inférieure renversée et puis abandonnée à elle-même. La cuisson fut peu vive et très-courte. Le lendemain, l'œil où l'huile avait été appliquée se trouvait dans un état assez satisfaisant. Je passai l'huile de cade sur la paupière inférieure de l'autre œil. Le croira-t-on ? trois applications à chacun des yeux, sans aucun autre remède, ont suffi pour obtenir en huit jours une guérison complète. Au bout de ce temps, les

yeux ne conservaient pas la moindre trace des désordres dont la cornée avait été le siége : le mal était radicalement guéri ; et ce qui est surtout digne de remarque, c'est que deux ans se sont écoulés depuis, et qu'il n'y a pas eu de récidive.

J'ai traité avec le même bonheur plusieurs autres cas d'ophthalmies scrofuleuses rebelles chez l'adulte par l'huile de cade pure portée sur la paupière inférieure. Une application tous les deux jours suffit pour ce traitement.

L'on sait combien les ophthalmies scrofuleuses sont fréquentes chez les enfants. Très-souvent cette affection s'accompagne d'une affection dartreuse sur le front, sur les joues ; quelquefois aussi cette complication n'a pas lieu. Chez les jeunes sujets comme chez l'adulte, ma règle est d'employer d'abord tous les moyens rationnels que la médecine met à ma disposition, modificateurs de la constitution, adoucissants, calmants, antiphlogistiques, nitrate d'argent ; ce n'est qu'en dernière ressource que j'invoque mes derniers moyens, l'huile de cade et les bains de sublimé. Chez les enfants, je n'ai jamais eu besoin de porter le remède sur l'œil ou les paupières pour guérir les ophthalmies les plus opiniâtres; de simples onctions sur le front, les tempes, les pommettes et extérieurement sur les paupières, ont le plus souvent agi sur l'œil d'une manière assez remarquable pour amener la guérison. — Dans quelques cas, j'ai activé les résultats par l'introduction d'une goutte d'huile de cade dans chaque narine.

Une remarque générale de la plus grande valeur, c'est que si la guérison, ou une amélioration tellement notable qu'on puisse l'espérer prochaine, ne sont pas obtenues au bout du cinquième ou sixième jour, l'on ne doit plus, selon moi, compter sur l'huile de cade, soit qu'elle s'adresse à une affection eczémateuse, soit à l'ophthalmie : il faut l'abandonner et passer à un moyen thérapeutique à l'aide duquel on aura, dans ces circonstances, dix chances contre une pour obtenir la guérison : ce moyen, c'est le bain de sublimé.

Qui m'expliquera ce remarquable effet, ce singulier rapprochement? Ce que je puis attester, c'est que dans ces vieilles ophthalmies scrofuleuses qui ont résisté aux traitements les mieux entendus, lorsque j'ai échoué encore avec l'huile de cade, j'ai toujours réussi avec le bain de sublimé. Et lorsque j'ai eu recours, d'abord sans succès, au bain de sublimé avant les onctions d'huile de cade, j'ai toujours triomphé en employant celle-ci.

Les bains de sublimé sont préparés pour les adultes avec 4 grammes de sublimé corrosif, et 2 grammes pour les enfants, pour l'eau nécessaire à un bain. J'exige que les malades y séjournent deux heures et qu'ils

se lavent presque constamment la figure avec l'eau du bain. Cinq ou six bains, un par jour, suffisent pour la guérison.

De sorte qu'aujourd'hui, dans ma pratique, ce sont là mes deux moyens de réserve. Je n'ai plus aucune frayeur de rencontrer ces vieilles ophthalmies scrofuleuses qui faisaient mon désespoir. J'ai aujourd'hui la certitude, ou du moins une probabilité telle, qu'elle s'en rapproche, de venir à bout de ces affections opiniâtres dans l'espace de six à douze jours, en supposant même qu'il me faille passer par la double médication que je viens d'indiquer. Je serai heureux que mes confrères veuillent bien vérifier mes observations et donner de la publicité aux résultats qu'ils obtiendront.

Docteur Serre, d'Alais.

DE L'INCONTINENCE D'URINE NOCTURNE CHEZ LES ENFANTS, ET DE SON TRAITEMENT PAR LES FERRUGINEUX.

L'incontinence d'urine, dans les conditions où nous nous proposons de l'étudier ici, est encore une de ces maladies dont la thérapeutique est fort incertaine, parce que la cause prochaine en est souvent assez difficile à déterminer. Presque tous les anciens auteurs la faisaient dépendre à peu près exclusivement d'un état de débilité soit générale, soit locale, et basaient sur cette donnée la thérapeutique par laquelle ils s'efforçaient de la combattre. Sans nier d'une manière absolue l'influence de cette dernière cause, les auteurs modernes, en général, admettent que, dans l'énurésie nocturne, la muqueuse vésicale jouit d'une irritabilité trop grande, et qu'en raison de cette disposition, dès qu'une certaine quantité d'urine est accumulée dans l'organe, celui-ci se contracte pour l'expulser. Maintenant, de quel côté se trouve la vérité? Nous croyons, pour nous, que l'opposition que manifestent ces deux conceptions est plus apparente que réelle : nous allons essayer de le montrer en peu de mots.

S'il est un fait bien démontré en pathologie, c'est que la force de la constitution est loin d'être la mesure de l'irritabilité des tissus. Voyez ce qui se passe chez les lymphatiques et les scrofuleux ; combien ils se montrent impressionnables à l'action des stimulants normaux de la vie! Le système muqueux surtout jouit d'une irritabilité extrême. Il suffit de l'action d'une lumière un peu vive et un peu prolongée, pour que la conjonctive s'irrite et se phlogose : dans le régime tonique qu'on leur prescrit, et par lequel on se propose de fortifier leur constitution languissante, si l'on n'en surveille avec un extrême soin l'action sur la muqueuse gastro-intestinale, on ne tarde point à voir survenir de

ces inflammations sourdes qui, enrayant la nutrition, portent une atteinte profonde, et souvent irremédiable à la constitution. Il en est encore de même des bronches et du tissu pulmonaire : il est incontestable qu'un air sec et vif est un véritable tonique, sous l'influence duquel on voit la vie se relever de cet état de torpeur dans lequel elle semblait comme engourdie ; mais qu'on dépasse les limites dans lesquelles cette influence doit être maintenue pour être efficace, bientôt on voit s'établir un état catarrhal, qui prépare lentement les affections les plus graves. Or, la vessie n'échappe pas plus que les autres organes à cette loi pathologique ; de même que sous l'influence de l'alimentation la plus simple on voit souvent la muqueuse intestinale développer une irritabilité véritablement morbide, ainsi la muqueuse vésicale s'irrite au contact d'une urine dont la composition chimique est parfaitement normale. C'est ainsi que se trouve expliquée l'apparente contradiction que présentent les deux théories que nous avons d'abord rappelées.

La thérapeutique de cette affection, telle que l'ont formulée les partisans de l'une et l'autre de ces doctrines, vient encore confirmer la vérité du rapprochement, du syncrétisme pratique que nous proposons d'établir en ce moment. Demandez en effet aux auteurs qui posent en principe que l'énurésie nocturne dépend d'une irritabilité anormale de la muqueuse de la vessie, quels moyens ils opposent à cette maladie, et ils vous répondront que, dans presque tous les cas, tenant compte de la faiblesse que présentent les malades, ils ajoutent un régime tonique aux agents divers par lesquels ils se proposent de modifier la sensibilité de la muqueuse qui revêt les parois internes de la poche urinaire. C'est ainsi que, dans la pratique, ils se rapprochent de ceux dont en théorie ils semblent d'abord si éloignés : et c'est là de la bonne pratique ; car, sans prétendre que par le seul usage des simples modificateurs de la sensibilité de la vessie on ne soit jamais parvenu à guérir l'incontinence d'urine nocturne, nous sommes convaincu cependant que les cas où cette médication suffit sont les plus rares ; et que le plus souvent il est besoin de tonifier, de fortifier les sujets atteints de cette maladie.

C'est surtout l'utilité de cette dernière pratique que nous nous proposons d'établir dans cet article, et, pour arriver à ce but, c'est, comme toujours, sur l'autorité des faits cliniques que nous nous appuierons.

Pour bien juger de la nature de l'énurésie nocturne, il faut l'étudier à son point de départ, bien préciser les conditions de la vie au milieu desquelles on la voit se développer d'abord. Malheureusement, les auteurs qui se sont occupés de cette question au point de vue de la pratique se sont presque tous bornés à indiquer l'état de la santé, les

caractères généraux de la constitution au moment où ils observaient la maladie, sans remonter aux circonstances diverses de son origine. Force nous est donc sur ce point de nous borner aux renseignements que nous avons pu obtenir dans le cercle de notre observation personnelle. Or, voici, sur ce côté de la question, ce que nous a appris l'expérience. Parmi les enfants en bas âge (cinq ou six ans) qui sont atteints d'énurésie nocturne, on trouve que la plupart ont la peau décolorée, le système musculaire grêle, ils sont mous et indolents. Parmi ces derniers, on en trouve un bon nombre chez lesquels ces caractères de débilité disparaissent; mais, tant que dure l'infirmité, ils restent mous, sans énergie au physique comme au moral. Nous ferons, sous ce dernier rapport, une remarque qui paraît avoir échappé aux auteurs qui ont touché à cette question, c'est que chez les jeunes filles, ou chez les garçons qui, passé un certain âge, restent sujets à cette infirmité, l'intelligence manque de ressort, le développement de la puberté même n'éveille point leurs facultés engourdies; ils restent de grands enfants au moral, bien qu'ils ne le soient plus sous le rapport du développement des grandes fonctions de l'organisme. Y a-t-il quelque rapport entre ce développement incomplet de l'individu et la lésion de l'excrétion urinaire? Il est si constant, qu'il nous paraît difficile de le nier. Mais comment expliquer le fait que ce rapport exprime? Si la jeune fille atteinte d'énurésie nocturne reste étiolée au moral, si nous pouvons ainsi dire, bien qu'elle présente à l'extérieur tous les attributs de la santé la plus florissante, supposera-t-on que c'est le sentiment d'une infirmité qui l'humilie à ses propres yeux, qui la décourage, et empêche ainsi le développement de ses facultés? Peut-être cette réaction n'est-elle pas complétement étrangère à l'étiologie du fait que nous signalons; mais nous pensons pourtant que, quand on observe d'un peu près le sujet dont il s'agit, on se convainc facilement que là n'est point l'unique cause de ce manque de développement des facultés de l'intelligence. Le système nerveux est retardé dans son évolution physiologique, et l'un des appareils placés sous sa dépendance ne fonctionne, lui aussi, qu'incomplétement. Pour mieux marquer ce rapport, qu'on nous permette de citer succinctement un fait, dont nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici tous les détails.

Mme X..., âgée aujourd'hui de trente-quatre ans, est restée pendant toute son enfance sujette à l'énurésie nocturne; des moyens de toutes sortes ont été tour à tour employés pour combattre une infirmité qui faisait le désespoir d'une mère idolâtre de sa fille. De guerre lasse, on abandonna toute médication; la jeune fille fut placée dans une maison d'éducation où les soins les plus attentifs lui étaient prodigués, et la

mère ne vécut plus que de l'espérance de voir le développement de la puberté mettre fin à une infirmité qui, si elle persistait, brisait l'avenir le plus brillant. Cette époque si ardemment désirée arriva enfin, mais l'incontinence d'urine persista ; et non-seulement cette malheureuse maladie persista, mais, bien que Mlle X... fût parfaitement réglée, on ne vit point davantage disparaître cette nonchalance, cette apathie, cette simplicité niaise, qui avaient toujours fait placer tout bas Mlle X... parmi les *minus habentes* des différentes classes dans lesquelles elle était successivement passée.

Cependant, deux années s'étaient écoulées depuis l'établissement des règles, et peu à peu on vit s'éveiller l'intelligence : à dix-neuf ans environ, Mlle X... était devenue une jeune fille charmante, pleine d'imagination, et tourmentée du désir de réparer ce que son apathie avait laissé d'incomplet dans son éducation. Grâce aux heureuses facultés que manifesta dès lors Mlle X..., ce vide fut en effet bientôt comblé; mais ce n'est pas tout, en même temps que cette sorte de transformation s'opérait du côté moral, l'infirmité dont jusque-là elle avait été atteinte diminua, puis disparut complétement.

Que s'est-il passé chez cette jeune personne qui puisse expliquer la cessation d'un accident sur lequel le développement complet de l'organisation, moins le système nerveux, n'avait exercé aucune influence? Il est impossible de ne point admettre que l'éveil des facultés intellectuelles, jusque-là retardée par une cause inconnue, suppose un développement correspondant dans le système nerveux. Mais si la cessation de l'énurésie nocturne coïncide elle-même avec le travail physiologique que nous sommes forcé de supposer du côté de l'appareil nerveux, il est bien difficile de ne point voir entre ces deux faits contemporains un lien étiologique qu'il est du reste très-facile de concevoir.

Nous avons cité ce fait avec quelques détails, parce qu'il tend à mettre en évidence, entre le système nerveux et l'énurésie nocturne, un rapport que nous croyons n'avoir pas été signalé. Qu'on étudie les faits de ce point de vue, et nous nous persuadons que l'observation confirmera la vérité de ce résultat de notre expérience personnelle.

Maintenant la thérapeutique, l'hygiène, possèdent-elles quelques moyens spéciaux propres à provoquer un développement organique qui mette fin à une infirmité aussi pénible que celle dont nous nous occupons en ce moment? Telle est la question que nous devons examiner.

Si nous consultons les auteurs qui se sont occupés de ce point de pratique, on trouve que nombreux sont les moyens qui ont été tour à tour préconisés pour combattre cette maladie. C'est ainsi qu'un régime

substantiel, divers moyens moraux, les bains de mer, l'immersion du bassin dans l'eau à une température basse, la noix vomique, la strychnine, la teinture de cantharides, le cathétérisme, et, dans ces derniers temps, le nitrate de potasse à hautes doses, ont été employés avec des succès variés. Il est incontestable que, sous l'influence de ces divers moyens, quelques médecins habiles ont obtenu des guérisons réelles et durables. Mais il est bien certain aussi que des médications aussi différentes dans leur mode d'action sur l'organisme, là où elles ont réussi, n'ont pas répondu à des indications identiques. Un grand fait d'ailleurs surgit au milieu de ces nombreuses tentatives, c'est qu'il est un bon nombre de cas où l'incontinence d'urine nocturne se montre réfractaire aux moyens les plus habilement employés, et ne disparaît définitivement que quand la menstruation est régulièrement établie, lorsque c'est chez les jeunes filles qu'on observe cette affection.

Les signes par lesquels se traduit ce développement de l'organisme chez la femme ne permettent plus de douter qu'il ne soit le résultat d'une plus grande somme d'activité déployée par les organes de la vie sexuelle. Les organes urinaires participent à ce développement de la vie, et deviennent ainsi aptes à remplir régulièrement leurs fonctions. Or, il est un moyen qui paraît avoir une action spéciale, et sur la plasticité du sang, et sur la vitalité de l'appareil génital ; ce moyen, c'est le fer. Sans doute ce serait se faire une idée fort incomplète des conditions qui déterminent le développement de l'aménorrhée, que de supposer que cette maladie se lie constamment à l'énurésie chlorotique et à l'inertie de l'appareil génital ; cependant l'observation démontre positivement que, dans bon nombre de cas, les choses se passent réellement ainsi. On conçoit donc que dans ces cas, en raison de la sympathie vitale de l'appareil urinaire et de l'appareil génital, les moyens thérapeutiques qui agissent sur l'un de ces appareils agissent en même temps sur l'autre. L'expérience nous a démontré en effet que les préparations ferrugineuses exercent dans quelques cas une heureuse influence sur l'énurésie nocturne, principalement chez les jeunes filles. Voici quelques faits qui viennent appuyer cette proposition.

Anna de B..., âgée de dix ans, d'une constitution faible, et ne montrant aucune aptitude aux divers exercices auxquels on soumet les jeunes filles dans une éducation régulière, est atteinte d'énurésie nocturne. Les humiliations, les menaces, les bains de mer, la noix vomique n'ont eu aucun effet sur la maladie, bien que cependant il semble que depuis un an la constitution se soit un peu fortifiée. Prenant surtout en considération la débilité générale manifestée par la maigreur, la pâleur, la nonchalance physique et morale, je fais mettre la malade à un

régime plus substantiel que le régime commun, et lui prescris en outre l'oxyde noir de fer à la dose d'un gramme par jour, divisé en 4 doses, dont chacune doit être prise avant chaque repas. Pendant le premier mois que dure ce traitement, aucun effet appréciable n'est obtenu ; je fais changer la préparation ferrugineuse, et substitue à l'oyde noir de fer les pilules de Vallet : la malade commence par une pilule, puis arrive successivement à quatre, chiffre qu'elle ne dépasse point. Peu à peu nous remarquons que l'appétit devient plus vif, que le teint s'anime ; puis à mesure que cet effet ordinaire de la médication ferrugineuse se produit, les catastrophes de la nuit deviennent moins fréquentes ; enfin, après deux mois de ce traitement, il suffit de la précaution de faire uriner l'enfant avant qu'elle se mette au lit, et de réduire les boissons du soir, pour que l'énurésie disparaisse complétement. Il y a deux ans que nous avons observé ce fait ; à peine si depuis ce temps l'accident est revenu quelquefois.

Médecin habituel d'un pensionnat de jeunes personnes, nous avons mis plus d'une fois en usage depuis lors le même traitement, et nous l'avons vu réussir et échouer tour à tour. Nous ne rapporterons point les faits qui tendent à établir l'efficacité de la médication, car ils ressemblent à celui que nous venons d'esquisser tout à l'heure. Nous ferons cependant sur certains de ces faits quelques remarques qui ne sont peut-être pas dépourvues de tout intérêt. Quelle influence les maladies aiguës intercurrentes exercent-elles sur l'énurésie nocturne? Voici ce que notre observation nous a montré à cet égard. Dans ce moment même nous donnons nos soins à deux jeunes filles, dont l'une est âgée de treize ans et l'autre de six, et qui toutes deux sont prises de rougeole. L'une et l'autre sont sujettes à l'incontinence d'urine nocturne ; cet accident est même plus fréquent chez la première que chez la seconde, bien qu'elle soit régulièrement menstruée. Or, voici ce que nous avons noté relativement à la question qui nous occupe. Pendant la fièvre primaire, comme pendant la durée de l'éruption morbilleuse, l'énurésie a cessé chez la plus jeune des deux malades. Chez l'autre, l'accident s'est reproduit comme à l'ordinaire : cependant on a remarqué que toutes les fois qu'elle venait à être souffrante, la maladie suspendait le trouble habituel de l'excrétion urinaire. Nous croyons que la raison pour laquelle les choses ne se sont point passées dans la dernière maladie comme dans les maladies intercurrentes qui avaient eu lieu antérieurement, c'est que les règles ont apparu au milieu même de l'éruption. Or, c'est un autre fait que l'expérience a fait connaître aux observateurs attentifs, savoir : que le molimen menstruel rend plus fréquente, pendant tout le temps qu'il dure, l'énurésie nocturne chez les filles qui y sont sujettes.

Nous l'avons positivement remarqué chez la jeune fille dont nous parlons ; de même que nous avons souvent remarqué que l'apparition des règles, chez beaucoup de femmes, est annoncée par une miction plus fréquente, de même enfin que tous les accoucheurs ont noté que chez beaucoup de femmes un des symptômes de la grossesse à son commencement, est encore le même phénomène. Nous trouvons dans Sauvages un fait qui a de l'analogie avec ceux que nous rapportons en ce moment, et qui est trop intéressant pour que nous ne le consignions pas ici :

« Une fille, sanguine, grasse, âgée de vingt-huit ans, avait eu depuis sa naissance jusqu'à l'âge de puberté, une incontinence d'urine ; elle la rendait nuit et jour à chaque demi-heure. Dès que le flux menstruel eut commencé, elle fut exempte de cette incommodité pendant trois ans. Les règles ayant été supprimées par un bain de pieds froid, cette fille eut tous les mois pendant la nuit une incontinence d'urine, qui durait trois heures en l'empêchant de dormir. Huit jours avant et après ce flux d'urine menstruel, elle a une céphalalgie avec une tumeur aux hypocondres, l'œdème des pieds et même un crachement de sang ; et si ce flux vient à manquer, comme il arrive quelquefois, alors les symptômes dont nous venons de parler augmentent et persistent jusqu'à ce que l'écoulement menstruel soit arrivé. »

C'est ainsi que, non-seulement la révolution qui s'accomplit chez les femmes à l'époque de la puberté ne fait pas toujours disparaître complétement l'énurésie nocturne, mais même que le travail physiologique qu'elle a pour but d'établir dans l'organisation tend à rendre, dans quelques cas, ces accidents plus fâcheux encore.

Nous avons surtout, dans ce qui précède, considéré l'incontinence d'urine nocturne chez les femmes ; c'est qu'en effet c'est surtout dans ces conditions que nous avons étudié la thérapeutique de cette maladie. Toutefois nous l'avons également observée chez les hommes et avons essayé de lui opposer la même médication. Nous l'avons vue réussir surtout dans une circonstance dont nous n'indiquerons que les principaux détails. Le nommé Favier, âgé de dix-sept ans, d'une complexion très-forte, mais d'une intelligence excessivement bornée, est sujet depuis son enfance à inonder toutes les nuits son lit de son urine. Un changement survenu dans la position de ce jeune homme, qui le fait passer de la maison de son père, où il n'avait qu'un misérable régime, dans une grande maison, où il est surtout accueilli par charité, ne produit aucun effet sur cette habitude organique malheureuse. C'est alors que je le soumets au traitement par les ferrugineux. Il absorbe dans deux mois environ 30 ou 40 grammes de sous-carbonate de fer, et l'infirmité cesse. Puis elle reparaît au bout de quelque temps. Je lui oppose le

même traitement, et elle cesse désormais pour ne plus revenir.

Si l'efficacité de ce moyen, dans l'énurésie nocturne, est moins démontrée chez les hommes que chez les femmes, on voit au moins que, là comme ici, il peut être tenté avec quelque chance de succès.

Il nous resterait, pour terminer cet article, à rechercher comment agit la médication par le fer, pour mettre fin à une infirmité dont la révolution de la puberté n'affranchit pas toujours l'organisme. Nous serons fort court sur ce côté de la question. Nous croyons que dans cette circonstance le fer agit surtout en stimulant les tissus, et en imprimant à la vitalité générale le caractère d'une plus grande activité. Sous l'influence de cette stimulation, le système nerveux, éveillé de son état de torpeur, agit plus énergiquement sur l'appareil génito-urinaire, et le rend plus apte à remplir ses fonctions. Le sang lui-même, ce grand facteur de la vie, est-il modifié dans sa composition? Il ne nous est pas plus démontré ici qu'ailleurs qu'il le soit directement; mais nous croyons que, par cela seul que les grandes fonctions s'accomplissent d'une manière plus régulière, l'hémapoièse est plus complète. Nous n'en dirons pas davantage sur la théorie des faits que nous venons de rappeler. Notre but a été surtout d'étendre, s'il se peut, la thérapeutique d'une affection qui se montre si souvent réfractaire aux médications les plus habilement instituées : si nous l'avons atteint, nous ne prétendons à rien de plus. M. S.

NOTE SUR L'EFFICACITÉ DES VÉSICATOIRES AMMONIACAUX DITS AUX PIÈCES DE MONNAIE, POUR DÉNUDER SUREMENT LA PEAU DANS LA MÉTHODE ENDERMIQUE.

La mesure de l'efficacité d'un agent thérapeutique se trouve dans la fréquence de son emploi. Plus l'usage en est journalier, j'allais dire banal, plus on regrette, s'il n'est pas simple et facile à improviser, que cet agent soit de nature à exiger des manipulations exercées. Ce à quoi visent alors les praticiens avares de leur temps et soucieux de l'intérêt de leurs clients, c'est à simplifier cet agent tout en lui conservant, bien entendu, la même somme de garanties ou mieux encore en les augmentant.

Ces considérations sont particulièrement applicables aux vésicatoires ammoniacaux qui, dans la médication par la voie endermique, rendent à chaque instant, pour des affections si communes et si douloureuses, tant et de si importants services! La pommade ammoniacale de Gondret, dont on se sert habituellement pour établir ces topiques, réclame, pour être préparée, l'intervention d'un pharmacien. En outre de cette

sujétion, elle offre un autre grave inconvénient, c'est que, sa forme variant avec les saisons, si on ne tient compte de cette versatilité dans les proportions des éléments qui la constituent, cette pommade se trouve alors ou trop fluide ou trop concrète, et partant inhabile à soulever l'épiderme et prompte à glisser du lieu où on l'avait primitivement déposée. Ce n'est pas tout : confectionnée selon l'art, cette pommade ne conserve que temporairement ses propriétés vésicantes ; les réactions chimiques s'en emparent en effet bientôt ; elles en font un savon à base ammoniacale, c'est-à-dire un corps tout à fait inerte au point de vue qui nous préoccupe.

On a si bien senti l'importance capitale de ces défauts, que divers praticiens se sont efforcés d'y suppléer, et je dois dire par anticipation qu'on y est parvenu d'une manière fort heureuse. Mais esquissons brièvement les oscillations par lesquelles il a fallu passer avant d'arriver à cette perfection qui, circonstance rare, se trouve ici unie à une grande simplicité. Cet exposé ne sera pas dénué d'intérêt pratique.

M. Trousseau, qui a tant contribué à vulgariser l'usage des sels de morphine par la voie endermique, lui, qui maniait avec tant de précision la pommade de Gondret, fut un des premiers à reconnaître et à signaler les défauts de cette préparation qu'il serait cependant si injuste de critiquer, si on n'avait rien de meilleur à lui substituer. Voici ce que ce professeur a consigné dans le *Dictionnaire de médecine*, 2e édition, tom. II, p. 392. Il conseille de tailler une compresse en huit ou dix doubles de la forme et de la grandeur désirées, de l'imbiber d'ammoniaque liquide à 22 degrés au moins et de l'appliquer sur la partie ; puis de *minute* en *minute*, et à mesure que l'ammoniaque s'évapore, d'en mettre une nouvelle quantité, de manière à tenir toujours la compresse complétement imbibée. Un quart d'heure après, l'effet désiré était quelquefois obtenu. D'autres fois une demi-heure s'était écoulée sans résultat aucun. La raison en est simple : l'ammoniaque n'étant retenue par aucun obstacle, n'étant incorporée dans aucun excipient, se volatilisait, comme aurait fait l'éther, à mesure qu'elle était déversée sur la compresse : il fallait donc parer à l'évaporation. Le docteur Boniface crut y être arrivé en se servant de l'agaric. Ce médecin, dit M. Trousseau, *loc. cit.*, a imaginé un excellent moyen pour empêcher la volatilisation de l'ammoniaque : il imbibe d'alcali volatil une rondelle d'agaric officinal. Des deux surfaces de l'agaric, il en est une dense et lisse, l'autre est molle et spongieuse. Il applique sur la peau sa surface spongieuse, et l'imperméabilité de la surface opposée empêchant que le gaz ne s'échappe, la vésication s'effectue avec presque autant de rapidité que si l'on s'était servi d'une pommade ammo-

niacale. Ce dernier mode, je l'ai expérimenté diverses fois depuis douze ans, je l'ai trouvé tout aussi défectueux que le premier, ayant comme lui l'inconvénient de laisser dégager en abondance les vapeurs ammoniacales dans l'atmosphère desquelles il est impossible au malade et au médecin de résister.

Dès 1833, j'avais trouvé un moyen de parer à ces émanations. Je remplissais de coton brut ou de vieux linge une coquille de noix, j'imbibais l'un ou l'autre de ces corps d'ammoniaque, j'appliquais sur le point voulu de la peau ce simple appareil par sa surface plane, je l'y tenais solidement fixé en le soutenant avec l'extrémité de l'un de mes doigts; l'ammoniaque emprisonnée dans cette sorte de demi-sphère ne pouvant agir que sur le point cutané en regard, le succès ne se démentait jamais; en *dix minutes* l'épiderme était soulevé. Ce résultat était un progrès, mais l'expérimentation, comme il sera bientôt dit, me fit arriver au but désiré avec plus de simplicité encore.

Poursuivons notre examen. M. Pigeaux s'y est pris différemment, et s'est servi d'un autre liquide pour obtenir une vésication instantanée. On a, dit-il (*Revue médicale*, 1831), une rondelle de drap imbibée d'alcool et sur laquelle on promène un corps enflammé après l'avoir préalablement apposée sur le lieu où l'on veut agir. L'inflammation du liquide spiritueux, qui dure à peine une seconde, détermine la séparation de l'épiderme, qu'on peut enlever avec l'ongle ou à l'aide d'une légère friction. Certes, ce procédé est remarquable par la rapidité de son action vésicante, il séduit tout d'abord; mais la crainte que la flamme n'effrayât mes malades, et les pusillanimes, on le sait, sont en majorité, m'a toujours éloigné d'en tenter l'expérimentation. Je n'en dois donc rien dire, si ce n'est que le degré de l'alcool et la proportion de ce liquide qui imbibe la rondelle doivent faire varier l'action dynamique de ce caustique, le laisser en deçà du but ou le lui faire dépasser, et, dans ce dernier cas, déterminer la mortification du corps muqueux, vice capital, puisque la plaie est désormais privée de la puissance d'absorber. Il en serait de même avec le marteau dit à l'eau bouillante de M. Mayor, qui, selon la durée de son contact avec la peau, amène l'une de ces trois choses : ou la simple rubéfaction, ou le soulèvement de l'épiderme, ou la mortification des couches sensibles du tégument. Avec ces deux derniers agents, il reste démontré que l'on agit au hasard; triste guide! et puissant motif de les exclure de la pratique.

Dans la plupart des formulaires on lit que l'huile éthérée de cantharides développe la vésication en dix minutes. C'est un fait dont il faut tenir compte pour l'occasion. Mais ce produit pharmaceutique est

peu répandu, et à ce titre, avec des données pratiques même égales, il ne doit pas prétendre à remplacer l'ammoniaque; il en doit être de même à l'égard de l'extrait acétique de cantharides dont les journaux ont dernièrement fait mention.

Exposons maintenant le moyen à la fois simple et familier, je ne dirai pas de suppléer, mais de remplacer avec infiniment d'avantages la pommade de Gondret. Nous n'irons point chercher bien loin l'élément de vésication. Ce sera précisément le même que celui qui sert à cette pommade, je veux dire l'ammoniaque liquide marquant 22 degrés, en un mot, celle qu'on trouve dans les pharmacies bien tenues.

Quinze à vingt grammes d'ammoniaque renfermés dans un petit flacon exactement bouché à l'émeri suffisent pour établir un grand nombre de vésicatoires. Voici ma manière d'opérer :

Quelques gouttes de cet alcali, une pièce de monnaie, deux rondelles superposées de linge demi-usé, constituent l'appareil. Placez la pièce de monnaie, ordinairement c'est un écu de cinq francs, sur le plateau d'une assiette; posez les deux rondelles de linge sur l'aire de la pièce qui doit légèrement dépasser leur diamètre; versez de l'ammoniaque liquide sur les rondelles ainsi disposées jusqu'à complète imbibition, et appliquez sur-le-champ ce disque par sa ***surface linge*** sur le point de la peau que vous voudrez dépouiller de son épiderme. Maintenez le tout exactement en pesant avec modération sur la pièce de monnaie avec la pulpe d'un ou de deux doigts. Au bout de ***dix minutes***, la peau est devenue rouge à la circonférence du disque : c'est le signal que l'opération est terminée, et qu'il est temps d'enlever le petit appareil. Ceci exécuté, l'épiderme se présente soulevé par de légères rides et quelquefois parsemé çà et là de phlyctènes plus ou moins développées, remplies d'une sérosité limpide. Si les ongles sont inhabiles à le soulever en le pinçant, il suffit d'exercer quelques frictions sur cet épiderme avec le bout de l'index coiffé d'un linge un peu rude; la cuticule se détachant aussitôt en entier, laisse à nu une surface d'un rouge pâle qui n'est autre que le derme, c'est-à-dire une plaie éminemment absorbante. Il va sans dire que la pièce de monnaie, faisant office de bouclier imperméable, s'oppose ici, comme la coquille de noix dans notre premier procédé, à l'évaporation de l'ammoniaque, et conserve de la sorte à cet alcali toute sa puissance d'action.

En substituant à la pièce de cinq francs des pièces de deux francs, d'un franc, de cinquante centimes ou même de vingt-cinq centimes, et en agissant à l'égard de ces dernières avec les rondelles imbibées d'alcali volatil, comme il vient d'être dit en parlant de l'écu de cinq francs, on obtient des vésicatoires de moins en moins étendus. Je n'ai pas besoin

de m'appesantir sur l'utilité pratique de ces petits topiques ; ils se recommandent d'eux-mêmes dans la thérapeutique des névralgies de la face et du crâne, affections si communes, principalement chez les femmes. L'exiguité de la plaie qui en résulte est presque toujours un excellent motif pour les faire adopter dans le monde. On redoute la cicatrice des premiers sur les parties découvertes du corps, ces appréhensions cessent quand il s'agit des derniers. Ceux-ci peuvent en outre se placer sur les points les plus saillants et les moins disposés à ce genre de médication.

Qui n'a mainte fois ressenti, pour les signaler bien haut, les difficultés qu'on a à surmonter quand, avec la pommade de Gondret, on veut établir un vésicatoire derrière l'oreille, sur le front, au cou, ou partout ailleurs, et cela, que le sujet soit debout ou couché? Eh bien, ce qui est malaisé ou même impossible avec ce corps gras, n'est plus qu'un jeu avec notre procédé, qu'il ne faut pas confondre avec celui de M. le docteur Darcq. Ce médecin préconise les verres de montre pour emprisonner l'ammoniaque (*Bul. thér.*, tome XXV, p. 368). Mais on n'a pas toujours à sa disposition un de ces petits appareils qui ont l'inconvénient d'être très-fragiles et d'offrir une étendue à peu près uniforme ; tandis que les pièces de monnaie d'argent ou même, à leur défaut, celles de cuivre, dont le diamètre est si varié, se trouvent partout sous la main.

Il serait hors de propos de traiter ici de la manière de s'y prendre pour déposer sur la petite plaie la substance médicamenteuse que l'on a dessein de confier à son absorption. Ce point de pratique, ainsi que le mode de pansement, ne doivent point nous arrêter, puisque, pour l'un et l'autre de ces objets, on s'y prend absolument comme quand on opère avec la pommade de Gondret.

Je me suis proposé pour tâche de démontrer que cette célèbre pommade rencontre dans les vésicatoires ammoniacaux dits *aux pièces de monnaie*, plus que son équivalent. J'ai, en ce qui me concerne, la foi pratique. Puissé-je l'inspirer à mes confrères ! Je leur épargnerai du temps tout en leur élargissant le champ des ressources. Il s'agit d'un fait éminemment simple à constater, d'une expérimentation innocente à tenter. Qu'ils se mettent à l'œuvre ! et s'ils n'obtiennent pas les résultats prédits, c'est qu'ils auront opéré avec de l'alcali volatil de mauvaise qualité, ou qu'ils auront négligé de se conformer aux précautions que j'ai conseillées. Depuis cinq ans, j'use de ce procédé. Je l'ai invoqué certainement en plusieurs centaines d'occasions ; jamais il ne m'a failli, et j'ai toujours, en l'employant, la certitude du succès. Si j'en avais la place, et si c'était le lieu, que d'observations je pourrais rap-

porter de névralgies et de douleurs rhumatismales, où ce moyen a eu les résultats les plus heureux !

Je terminerai une remarque. Loin des villes ou d'une pharmacie, le praticien est quelquefois privé d'ammoniaque. Il rencontre une indication pressante, une vive douleur nerveuse à calmer; il userait de la morphine par la voie endermique, mais il manque de moyen vésicant. Que faire? C'est bien simple. On use du procédé si ingénieux auquel M. Trousseau nous initiait en 1833 à sa clinique de l'Hôtel-Dieu. On fabrique une pelote en forme de tête de poupée, de la grosseur d'une noix, en recouvrant deux ou trois petits morceaux de linge d'un autre assez grand pour les envelopper et les tenir exactement tassés. On fixe les quatre angles de la compresse extérieure avec des circulaires d'un fort fil qui, une fois noué, laisse des chefs de douze à quinze centimètres de long. On plonge ce nouet pendant cinq à six minutes dans de l'eau bouillante actuellement sur le feu; ce temps écoulé, on le retire en saisissant du bout des doigts les chefs du fil laissés en dehors du vase. On maintient ainsi la pelote à l'air ambiant juste une *demi-minute* pour la poser aussitôt après sur le point désigné de la peau contre laquelle on presse *fortement* le petit appareil pendant *dix minutes*, à la fin desquelles l'épiderme se présente ridé ou soulevé par des phlyctènes comme si l'on eût agi avec de l'ammoniaque. Ce mode d'opérer, doué d'une précision mathématique, quand on s'y prend comme il vient d'être dit, offrirait les mêmes avantages que l'ammoniaque, s'il n'était légèrement douloureux au moment où la peau reçoit le contact de la pelote. Mais cette impression est trop passagère pour en tenir compte, quand, manquant d'alcali, on rencontre l'indication d'invoquer instantanément les secours de la méthode endermique, dont les bienfaits sont prompts et inappréciables, soit qu'on se serve à cet effet des petites plaies de vésicatoires ou que l'on insère dans le derme les sels de morphine par inoculation avec une lancette, mode précieux d'absorption, sur lequel j'aurai à revenir, et que j'ai déjà consigné dans ce journal. (Voyez les tomes XI, p. 329, et XIII, p. 299.

Dr S. V. Lafargue,
de Saint-Emilion.



THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE LA FRACTURE ET DE LA DÉFORMATION DES INSTRUMENTS LITHOTRITEURS.

Par le docteur Civiale.

On a beaucoup parlé du danger que pouvait entraîner la fracture ou la déformation des instruments lithotriteurs dans l'intérieur de la vessie, et des faits, malheureusement trop nombreux, sont venus justifier les craintes conçues à cet égard. Il importe de passer ces faits en revue et d'en apprécier la portée qui a été dénaturée par l'esprit de système.

Je laisserai de côté les instruments brisés dans les essais sur table ou sur le cadavre qu'exigea l'établissement de la lithotritie, eu égard surtout à la construction de l'appareil instrumental, afin de déterminer la solidité de ce dernier et le degré de force qu'il convient d'employer lorsqu'on le met en œuvre. Ces sortes d'accidents, qu'on ne cherchait même pas à éviter, ne présentent rien dont le chirurgien doive se préoccuper. Mais il n'en est pas de même de ceux qui peuvent survenir chez l'homme, car, du moment qu'on veut appliquer une manœuvre quelconque à son semblable, tout doit avoir été assez bien prévu pour qu'on n'ait plus rien à craindre, ni surtout à suspecter des moyens qu'on emploie. Cependant, même alors, il y a eu des instruments forcés, et d'autres fracturés.

Le premier accident de cette nature se présenta dans la pratique de Dupuytren. Le fait est rapporté dans la thèse de M. Guersant ; j'en ai parlé ailleurs, quand j'ai démontré que le célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu avait adopté des appareils défectueux.

M. Leroy brisa dans la vessie d'un septuagénaire la tête du perforateur, dont plus tard il fit l'extraction (1). Il brisa également, dans la vessie d'un enfant, l'instrument dont il se servait ; l'opération ne fut pas terminée, et Dupuytren tailla le petit malade (2).

Au rapport de M. Tanchou (3), M. Hervez de Chégoin aurait donné les détails d'un cas de lithotritie dans lequel une des branches de la pince resta dans la vessie. On retira l'instrument fracturé et la pierre en pratiquant la taille. Le malade mourut.

Ces faits causèrent quelque rumeur dans le temps. Les antagonistes de la lithotritie s'en emparèrent dans le but évident de jeter du discrédit

(1) *Lithotripsie*, page 11.

(2) *Lancette française*, 7 juin 1831.

(3) Page 187, *Nouvelle méthode pour détruire la pierre.*

sur l'art de broyer la pierre. Mais on ne tarda pas à en juger la portée réelle ; il fut démontré que la fracture des appareils tenait à ce qu'on s'était servi d'instruments défectueux, ou à ce que les opérateurs ne connaissaient point encore la manière de pratiquer la lithotritie. Or, cette méthode n'est pas plus que toute autre responsable des accidents qui sont uniquement le fait de ceux par lesquels elle est mise en usage.

On avait pensé, entre autres M. Heurteloup (1), qu'en se servant du percuteur il n'y aurait à craindre ni la fracture ni la déformation de l'appareil. Cette espérance n'a point été réalisée. C'est même depuis qu'on se sert des instruments courbes qu'on a eu à s'occuper de ces sortes d'accidents d'une manière d'autant plus sérieuse, que les exemples s'en sont multipliés pendant le cours des dernières années. Tous les cas ne sont pas connus, ou du moins les détails n'ont pas été publiés, de sorte qu'il faut user de discrétion, puisqu'on pourrait ignorer les particularités les plus importantes. Je me contenterai donc de rappeler les faits bien authentiques.

Un des premiers cas de cette nature dont on ait rendu les détails publics, eut lieu à Londres, entre les mains de M. Heurteloup. On a donné plusieurs versions de ce fait, publié par M. Costello (2), d'après des documents qu'il tenait de témoins oculaires. L'instrument ayant été introduit dans la vessie, le morcellement de la pierre commença ; mais bientôt l'opérateur parut gêné et inquiet ; il ne pouvait plus retirer la pince. Une consultation eut lieu, dans laquelle on décida que le malade serait immédiatement soumis à la taille. M. Brodie fit cette opération, six semaines après laquelle le sujet succomba. M. Edwards a donné une version différente (3), mais qui ne change rien au fond des choses. Les organes urinaires du malade sont déposés au Musée de l'hôpital Saint-Georges ; de chaque côté de la crête urétrale il existe une dilatation notable de la partie profonde de l'urètre, depuis le col vésical jusqu'à l'endroit où finit l'incision de la taille ; il y a aussi de petites lacérations.

Si l'on en croit les journaux anglais (4), ce cas ne serait pas le seul dans lequel un pareil malheur aurait eu lieu.

M. Heurteloup a donné la véritable raison de ces funestes événements qui marquèrent le début de l'emploi du percuteur. L'instrument n'avait pas encore reçu les derniers perfectionnements dont il était susceptible ; l'expérience n'avait encore enseigné ni le degré de force

(1) *Mémoire sur la lithotripsie*, page 31 et suivantes.

(2) *The Lancet*, 23 juin 1832, page 363.

(3) *The Lancet*, 9 juin 1832.

(4) *The Lancet*, 14 mars 1836; *the London médic. Gazette*, juillet 1836.

qu'on peut employer sans sortir des bornes de la prudence, ni le véritable mode opératoire à l'aide duquel on parvient à morceler la pierre sans danger. L'art était au début; c'était un apprentissage à faire; d'ailleurs, il était bien difficile de ne pas trop se hâter; de ne pas céder à l'entraînement qui est l'écueil de presque tous les novateurs.

En 1836, M. Manoury, de Chartres, communiqua à l'Académie de médecine les détails d'un cas de lithotritie dans lequel l'instrument courbe, employé par lui, s'était faussé au point d'en rendre l'extraction impossible (1). On avait fait usage de la pression et de la percussion combinées. Les deux branches s'écartèrent l'une de l'autre à la partie courbe : on scia l'instrument au niveau du méat urinaire, et après avoir pratiqué la taille hypogastrique, on retira par cette voie et la pierre et le reste de l'instrument. On eut à combattre une infiltration d'urine, par suite de laquelle le malade succomba.

A côté de ces faits, je placerai le suivant, recueilli dans un hôpital de Paris.

Un homme éprouvait, en outre des symptômes de la pierre, des douleurs dans les reins, et plus particulièrement dans celui du côté droit; il avait eu aussi quelques frissons. On n'en passa pas moins à l'opération. Deux tentatives eurent lieu, à quelques jours d'intervalle, avec l'instrument à pignon et fenêtré de M. Heurteloup. A la seconde tentative, l'instrument se brisa obliquement et inégalement au niveau de la fenêtre, à un centimètre de son extrémité vésicale. Le fragment resta dans la vessie, et n'en fut point retiré : j'ignore s'il fut fait des tentatives d'extraction. La pierre avait été un peu écornée, et les petits fragments s'étaient arrêtés dans la partie membraneuse de l'urètre, d'où, chassés par les efforts du malade, ils s'amassaient dans la fosse naviculaire. Après la seconde séance, de nouveaux frissons survinrent, puis bientôt une fièvre continue, qui ne cessa plus jusqu'à la mort. A l'ouverture du corps, on trouva un calcul d'oxalate calcaire, en partie couvert de phosphate, de la grosseur d'un petit œuf de poule, et attaqué surtout en deux points. Le fragment d'instrument était tout noir. La vessie, légèrement hypertrophiée, présentait quelques petites tumeurs d'apparence fongueuse, vers son bas-fond. La muqueuse urétrale était rouge, ramollie et éraillée au niveau de la portion membraneuse du canal et dans la fosse naviculaire. De ces points s'écoulait un peu de pus. Pendant la vie du malade on avait ouvert un petit abcès au niveau du frein. Les reins contenaient de nombreux foyers purulents.

Dans le même hôpital, et entre les mains du même chirurgien, un

(1) *Gazette médicale*, tome IV, page 395.

autre percuteur fut fracturé dans la vessie d'un second malade : n'ayant pas appris que les détails de ce fait aient été publiés, je me borne à l'indiquer.

Des exemples plus récents sont venus grossir encore la liste de ces malheurs. Le Journal de médecine de Toulouse (1) contient le récit affligeant d'un cas dans lequel une moitié de la branche femelle de l'instrument fenêtré se rompit, à la réunion de la partie coudée avec la portion droite, mais sans se détacher, car elle tenait à l'autre par l'extrémité libre. Le bout fracturé fut déjeté en arrière dans la manœuvre, et écarté de son axe, de sorte qu'à partir de son extrémité, la portion coudée de l'instrument augmentait de volume, à l'instar d'un compas légèrement ouvert. De plus, le bout de la cassure, terminé en pointe, faisait, en s'écartant du coude, une saillie telle que, dans le mouvement rétrograde, il produisait, dit l'auteur, l'effet d'un fer de lance ou d'un hameçon. D'après cela, on comprend sans peine les difficultés que devait présenter la sortie de l'instrument : non-seulement son volume était accru de manière à rendre cette sortie très-douloureuse, mais encore le bout fracturé s'arc-boutait contre l'orifice interne de l'urètre, ce qui faisait qu'en tirant dessus, la pointe s'engageait dans les tissus. La position de l'opérateur était d'autant plus embarrassante, que d'abord il ignora la nature de l'obstacle; son premier mouvement fut de croire qu'un fragment de calcul s'était placé en relief entre les branches ou dans la fenêtre de la branche femelle. Après des tentatives réitérées, on prit le parti de faire la boutonnière dans l'espoir de dégager ce prétendu fragment, et d'éviter de plus grands désordres. Alors seulement la cause des difficultés devint évidente. On fit saillir par la plaie l'extrémité du lithotriteur cassée, et à l'aide de fortes pinces on détacha en entier la partie qui s'opposait au retrait de l'instrument. Le seul énoncé de ces manœuvres suffit pour donner une idée des difficultés qu'on rencontra et des désordres qui en furent la conséquence. Quant au résultat, il n'était pas encore connu au moment du rapport; l'opération avait été faite le 25 septembre : le 16 octobre, on donnait des nouvelles satisfaisantes de l'état du malade, mais on présumait que la guérison définitive se ferait attendre longtemps.

Le dernier fait s'est présenté en décembre 1845, dans un hôpital de Paris. On en a beaucoup parlé, mais les détails n'ont point été publiés. A cette occasion je ferai remarquer que les chirurgiens auxquels de pareils malheurs sont arrivés n'ont pas tous suivi la même ligne de conduite. Les uns, ce sont les plus nombreux, ont cherché à étouffer non

(1) Décembre 1845.

les faits eux-mêmes, ce qui serait difficile, surtout quand ils se passent dans un service public, mais les circonstances qui s'y rattachent, de sorte qu'on n'a que des renseignements fort incomplets à l'égard de l'accident. Les autres, au contraire, se sont empressés de publier dans les journaux ou de lire dans les académies le récit des malheurs dont leur pratique avait été frappée. Certainement ces derniers seuls ont bien compris les intérêts de la science, et sous ce rapport ils méritent des éloges. Mais peut-être trouvera-t-on qu'on s'est trop préoccupé du soin de justifier les opérateurs. J'ai déjà dit qu'on avait eu trop de tendance à charger la nouvelle méthode d'événements graves qui dépendent presque toujours d'une pratique excentrique ou de circonstances dont elle ne saurait répondre. Ce n'est pas d'elle, en effet, qu'il dépend que tel ou tel chirurgien adopte des appareils imparfaits ou dangereux. Les instruments, fussent-ils construits d'après de bons principes de mécanique, si la fabrication en est défectueuse, si la matière n'est pas de bonne qualité, si on les emploie avant de les avoir soumis à des épreuves décisives, évidemment le résultat est la faute du fabricant, du chirurgien, qui n'ont pas satisfait aux conditions de rigueur. Il en est de même de la manœuvre; si l'on opérait avec les précautions que j'ai toujours recommandées, si l'on savait s'arrêter dès qu'on éprouve trop de résistance à casser la pierre et trop de difficulté à la fixer, il n'y aurait point de tels accidents à craindre, puisque je ne les ai jamais observés dans ma longue pratique, et qu'ils ne se sont pas présentés non plus dans celles de beaucoup d'autres chirurgiens qui ont adopté ma manière d'opérer.

Il est nécessaire d'établir une première distinction, eu égard à la gravité de l'accident, suivant qu'il y a fracture complète, avec chute de la partie brisée dans la cavité vésicale, ou fracture incomplète, la partie séparée restant adhérente à l'instrument, qui par là se trouve déformé. Dans les cas connus de fracture du trilabe, il y a eu chute de la partie brisée; l'instrument ayant dès lors cessé de fonctionner, on l'a retiré, et l'on a ainsi connu l'accident, qui n'a point eu d'autres conséquences immédiates. La position du malade n'a changé qu'en ce qu'au lieu d'une pierre qu'il portait auparavant dans la vessie, il y avait maintenant un calcul et une portion d'instrument; du reste, son état n'a point été aggravé, ses douleurs n'ont pas été plus vives, et presque toujours même on lui a laissé ignorer ce qui était arrivé : toutes les inquiétudes ont été pour l'opérateur qui a dû, en temps opportun et à son choix, ou chercher à retirer le nouveau corps étranger, ou renoncer à la lithotritie, pour recourir à la cystotomie. Cette dernière voie est celle pour laquelle on s'est le plus souvent décidé; peut-être aurait-il mieux valu, dans

beaucoup de cas, tenter l'extraction par les voies naturelles, qui est assez facile et n'entraîne ni inconvénients ni dangers, comme je l'ai démontré. Mais, quelque parti qu'on ait pris, le résultat a été tel qu'il n'a point été possible de démontrer ce qui avait été avancé d'abord, savoir : que la fracture du trilabe ou du lithotriteur aggrave d'une manière notable la position des malades.

Il en a été de même pour la fracture du percuteur, avec chute de la partie brisée dans la vessie. Le volume plus considérable de la portion détachée ne me semble pas constituer une circonstance sensiblement aggravante, l'extraction par les voies naturelles peut seulement offrir plus de difficultés. Mais, dans la majorité des cas, le percuteur ne s'est pas brisé d'une manière complète : fort souvent il n'y a eu que déviation, écartement forcé des branches, ou fracture incomplète, la partie cassée restant adhérente au tout par une surface plus ou moins étendue. De là il est résulté, non-seulement que l'appareil a cessé de fonctionner, mais, ce qui est plus grave, qu'on n'a pu le retirer de la vessie. C'est donc moins à la fracture elle-même qu'à la déformation qu'a tenu la gravité de l'accident, et que sont venus les désordres. Il est facile de comprendre l'embarras de l'opérateur ; la plupart du temps il ne s'est aperçu de l'événement qu'après coup, quelquefois par la vue de l'appareil dont une partie manquait, mais presque toujours par la difficulté ou l'impossibilité de le retirer. Il paraît cependant que, dans certaines circonstances, on aurait été averti par un bruit insolite.

En général, ce n'est pas à la déformation de l'instrument, mais à l'accumulation des débris calculeux entre ses branches, qu'ont été attribuées les premières difficultés qu'on éprouvait à le retirer. Dans l'un des derniers cas dont je viens de parler, l'opérateur demeura même longtemps imbu de cette croyance. On a aussi supposé le pincement des parois vésicales et autres circonstances analogues.

En quoi consiste la déformation ? quelles en sont l'étendue et les dispositions, eu égard à la forme, au volume, à l'incurvation du percuteur ? Quelles modifications convient-il de faire subir à la manœuvre ? Sur aucune de ces questions on ne peut se procurer de renseignements. Le toucher par le rectum, sur lequel la théorie s'appuie beaucoup, ne fournit en pratique que des notions incomplètes.

Dans un tel état de choses, il est rare, à ce qu'il paraît, qu'on ne se laisse point entraîner au delà de ce que la prudence commande. Les opérateurs ont surtout pris soin de retirer l'instrument. C'est dans ce sens qu'ont été dirigées des tentatives dans lesquelles on semble n'avoir pas toujours fait preuve de réserve, de modération. Un fait certain, c'est qu'on est parvenu à ramener jusque dans la partie membra-

neuse de l'urètre des instruments qui, par leur volume ou la disposition de leur partie fracturée, paraissent n'avoir pu y parvenir sans que les tissus eussent été ou violemment distendus ou déchirés. Malheureusement le résultat de ces premiers efforts a encouragé à persister dans la même direction. De là est résulté qu'on a augmenté les difficultés et accru la gravité d'un accident plus propre par lui-même à causer de l'effroi qu'à mettre en péril la vie du malade. En effet, celui-ci peut être taillé immédiatement par la méthode hypogastrique, sans que l'opération ait moins de chances de succès que si elle eût été faite en toute autre occurrence : seulement elle est ici de nécessité absolue; il n'y a pas de temps à perdre; il faut se mettre en mesure d'écarter, après que la vessie a été ouverte, les obstacles que la déformation de l'instrument pourra opposer à sa sortie. Mais qu'il s'agisse de redresser une partie déviée, ou de la détacher du tout, ou même qu'on ait à scier l'instrument au niveau du méat urinaire, afin de le faire sortir par la plaie de l'hypogastre, dans le cas où sa déformation ne lui permettrait plus de traverser l'urètre, tout cela peut être exécuté en peu de temps, avec succès : il suffit que l'opérateur conserve son sang-froid et qu'il s'entoure de précautions généralement faciles.

J'ai souvent réfléchi sur cette question, dans la prévision d'un événement malheureux, et si l'occasion s'était présentée, je n'aurais pas hésité à suivre la marche qui vient d'être tracée. J'essayerais d'abord de retirer l'instrument, mais si je rencontrais de l'obstacle au col de la vessie, si le malade souffrait, je m'abstiendrais soigneusement de toute traction violente; je reporterais l'instrument vers l'intérieur de l'organe, et après m'être assuré, ce qui est toujours possible, que l'obstacle tient à la cause indiquée, je me mettrais en mesure de pratiquer la taille hypogastrique, dont je hâterais les préparatifs, afin de ne pas laisser longtemps le malade dans l'état d'angoisse qui doit toujours naître d'un accident de cette nature; on pourrait opérer sans le déplacer. L'instrument retenu dans la vessie servirait de guide pour ouvrir le viscère, dont les parois sont déjà distendues par une injection. En un mot, toutes les conditions se trouveraient réunies pour opérer avec précision, avec facilité même, du moins eu égard à la cystotomie proprement dite.

Mais cette marche n'est pas celle qu'on a généralement suivie. On a, je le répète, commencé par exercer sur l'instrument de fortes tractions, qui en ont amené la partie déformée dans la région membraneuse de l'urètre, après quoi c'est par le périnée qu'on s'est ouvert une voie artificielle. Cette voie a bien pu suffire pour permettre de redresser l'instrument, de le retirer, et ensuite d'extraire la pierre; mais pour

atteindre le but, combien de difficultés qu'il serait possible d'éviter !

La faute principale, source de plusieurs autres, dans laquelle on tombe d'abord, c'est de recourir à la violence pour faire franchir le col vésical par un instrument déformé ou fracturé, dont on ignore les dispositions nouvelles, et qui peut labourer, piquer, déchirer les tissus ou seulement les distendre. Malgré les malheurs que cette pratique a déjà entraînés, on y persiste, sans songer qu'il n'y a aucun moyen de se faire une idée, même approximative, ni de ce qui existe déjà, ni de ce qui peut arriver ; on tire à soi avec une force toujours croissante, et l'on ne s'arrête que quand la résistance devient trop considérable. Dans le cas rapporté par le journal de Toulouse, on lit le passage suivant : « L'opération avait bien marché ; à la cinquième reprise, sans efforts plus considérables, sans secousses, sans faux mouvements, et nous insistons sur ces circonstances, un bruit un peu plus fort frappe nos oreilles, et tout le monde croit à un succès complet. Le malade se plaignait de fatigue ; nous nous décidâmes de remettre à une autre séance la suite de l'opération. Quel est notre étonnement, lorsque nous sentons une résistance qui ne permettait pas de retirer le lithotriteur ! En vain nous lui faisons exécuter des mouvements divers dans tous les sens, en vain nous l'ouvrons et le refermons plusieurs fois, en maintenant le doigt dans le rectum, nous assurant ainsi que l'extrémité de l'instrument était libre, et que la membrane muqueuse n'était pas pincée; toujours la même difficulté de le retirer se fait sentir et nous plonge dans une incertitude inquiétante. Cependant, en usant de tous les ménagements possibles, et par de nouvelles manœuvres, nous faisons arriver l'instrument jusqu'au delà du col de la vessie. C'est dans cette partie que le toucher nous a fait percevoir, à travers la peau, sur la convexité du lithotriteur, une aspérité que nous avons prise pour un fragment de calcul engagé dans la fenêtre de la branche femelle. La difficulté de la retraite se montrant de plus en plus considérable, et le malade étant excessivement fatigué, nous avons pris la résolution de pratiquer une petite incision sur le canal, pour dégager ce prétendu fragment et ne pas causer de désordres plus grands. Dès lors, notre incertitude cesse à l'aspect de la cause du mal qui devient évidente. »

Ainsi, ce ne fut qu'après avoir ouvert le canal qu'on reconnut la nature de l'obstacle, lequel était tel que toute la partie inférieure du col vésical, depuis l'orifice jusqu'à l'endroit de l'incision, fut labourée par une pointe tranchante, faisant, comme dit l'auteur de l'observation, l'effet d'un fer de lance ou d'un hameçon.

D'après le volume et la disposition de l'instrument fracturé et déformé, on peut juger des efforts qu'il a fallu exercer pour lui faire par-

courir un chemin tel que sa convexité devînt perceptible à travers les téguments.

Je le dis à regret, on a trop souvent recours à ces efforts de traction dont il n'y a rien d'utile à attendre, tandis qu'ils peuvent entraîner les plus graves désordres. L'expérience a bien démontré que le col vésical, et la portion profonde de l'urètre, sont susceptibles de se dilater dans certains cas, au point de laisser passer un instrument volumineux ; mais il faudrait être certain que cet instrument dilate et qu'il ne déchire pas, qu'il ne laboure pas les tissus. A quoi d'ailleurs aboutirait-on même alors? parvenu à la partie membraneuse de l'urètre, on ne peut aller plus loin, car les autres parties du canal n'ont pas la même dilatabilité; et tenter, comme on l'a fait ici ou ailleurs, de redresser l'instrument à travers une boutonnière, c'est s'imposer une opération semée d'écueils et de difficultés, sans compter même qu'elle peut fort bien rester inachevée. Pour recourir à ce procédé avec quelques chances de succès, il faudrait connaître le changement qu'a subi l'appareil, il faudrait encore que ce changement consistât en une simple augmentation de volume. Or, on ne sait absolument rien de tout cela ; les explorations sont insuffisantes, et les inductions le sont bien plus encore pour nous l'apprendre.

Je viens de dire qu'on a déjà eu recours quelquefois à la taille hypogastrique, et qu'on a commencé par scier l'instrument au niveau du méat urinaire. Agir ainsi, c'est se priver d'un guide important pour la pratique de la cystotomie suspubienne. Ce pourrait être, d'ailleurs, une manœuvre inutile ; car si la déformation de l'instrument est telle qu'on puisse aisément le redresser après l'ouverture de la vessie, ce qui doit arriver le plus souvent ; comme il est toujours préférable de faire l'extraction par l'urètre, ce qu'on a retranché du bout extérieur ne ferait que rendre celle-ci plus difficile.

On comprend sans peine que, dans ces sortes de cas, insister sur les moyens du ressort de la médecine pour calmer les douleurs et apaiser l'irritation, ne saurait convenir en aucune façon, eût-on même l'espoir d'écarter certaines difficultés. Ceci ne s'applique toutefois qu'aux circonstances dans lesquelles on ne peut pas retirer l'instrument ; car, dans celles moins graves, où la cassure a été complète, après qu'on a retiré le tronçon par l'urètre, il n'y a aucun motif de procéder sur-le-champ à l'extraction du reste. Ici, on peut, on doit même chercher à calmer les douleurs qui pourraient s'exaspérer accidentellement, et choisir le temps le plus opportun pour l'opération ultérieure. D'ailleurs, il reste l'espérance que la portion fracturée de l'instrument soit expulsée avec l'urine, ce dont il existe déjà des exemples.

Donc la conduite du chirurgien doit varier suivant ce qui arrive. Mais, en général, les indications sont nettement dessinées, du moins au point de vue de la théorie. J'ignore s'il se présenterait des difficultés que celle-ci ne puisse pas prévoir.

Je répéterai, en terminant, que tout accident de fracture ou de déformation des appareils lithotriteurs tient à ce que le chirurgien a employé des instruments défectueux, ou n'a pas su se servir de ceux qu'il adoptait, ou enfin a négligé le premier devoir, celui de les essayer préalablement sur table. On dit à cela que les fabricants ont dû les essayer eux-mêmes avant de les livrer au commerce, et qu'ainsi ils donnent, sous ce rapport, toutes les garanties désirables. On va même jusqu'à reproduire ce que l'un d'eux a imprimé : « Que tout est tellement calculé entre la puissance donnée par la poignée et la résistance des mors de la pince, qu'il est impossible à l'homme le plus vigoureux de briser une des branches avec la pression exercée par la vis, etc.» Je suis bien loin de vouloir atténuer la confiance que méritent à juste titre les mécaniciens habiles qui fabriquent les instruments lithotriteurs; mais on comprendra qu'un chirurgien ne doit pas se reposer sur de pareilles assurances. D'ailleurs le fabricant ne saurait connaître le degré d'énergie musculaire de chaque opérateur. C'est donc à celui-ci de soumettre à l'épreuve de sa main propre l'instrument qu'il veut employer. J'ai toujours agi ainsi, et bien m'en a pris, car j'ai rompu sur table plusieurs appareils en apparence bien conditionnés, et qu'on me disait avoir été essayés. Si chacun m'eût imité, on n'aurait pas eu à déplorer de briser des instruments dans la vessie, puisqu'on se serait assuré qu'ils résistent sur table à des efforts plus grands que ceux dont la prudence commande l'usage chez les malades. On n'aurait pas vu, soit à l'Académie, soit dans les journaux, ou aux conférences cliniques de l'Hôtel-Dieu, ces malheurs rejetés avec une sorte de complaisance sur la lithotritie, qui en est fort innocente, ces démonstrations plus ou moins dramatiques par lesquelles on cherchait à jeter l'effroi dans les esprits qui ne prennent pas la peine de réfléchir.

Dans la pensée que la fracture et la déformation des instruments courbes tenaient à la méthode elle-même, on a proposé, pour les éviter, des combinaisons qui, généralement parlant, n'ont pas eu de bons résultats.

Dès 1836 (1), MM. Béniqué et Leroy proposèrent, pour régulariser l'action du marteau dans la percussion, un appareil que depuis on a

(1) *Comptes-rendus des séances de l'Académie des sciences*, pages 138 et 204.

essayé de perfectionner, mais qui n'a point reçu l'approbation des chirurgiens, et avec raison, car c'était une combinaison qui n'avait rien de chirurgical, parfaitement inutile et capable même de devenir dangereuse. Si je suis bien informé, c'est en employant cet appareil que M. Leroy a cassé un dernier instrument à l'hôpital Saint-Antoine, en décembre 1845.

Conduit par des vues purement mécaniques, M. Charcière a conçu et exécuté une modification heureuse : elle consiste à diminuer la puissance du moteur placé entre les mains du chirurgien. En effet, les volants qu'avait proposés M. Ségalas, la vis de pression ou de rappel qu'on remarque dans les instruments confectionnés par M. Weiss, de Londres, et plusieurs autres combinaisons analogues, peuvent entraîner de grands dangers en permettant d'employer une force qui rend l'accident à craindre, même de la part d'un chirurgien qui opère avec précaution, surtout quand l'habitude ne lui a pas rendu la pratique très-familière. En ayant soin de donner à la rondelle qui termine la vis de pression un diamètre proportionné à la force des branches, on agit sur un bras de levier d'autant moins grand que l'instrument est moins capable de résister. Dans la combinaison de M. Charrière, la puissance est donc proportionnée à la résistance de l'appareil, et l'on est d'autant moins exposé à déformer ou briser ce dernier, qu'on s'entoure d'ailleurs de toutes les précautions précédemment indiquées et qu'on opère avec plus de ménagement. Reste toujours, cependant, l'énergie musculaire du chirurgien, qui doit être prise en considération. Il y a des hommes d'une force extraordinaire : à coup sûr, le peu de développement de la rondelle qui sert à exercer la pression, ou le petit volume du marteau en usage dans la percussion, n'offriraient point alors de garanties suffisantes. Mais ce sont là des éventualités peu communes et qui n'empêchent pas que, toutes choses égales d'ailleurs, la grandeur de la rondelle et le poids du marteau doivent être en raison inverse de la puissance des mains de l'opérateur.

Civiale.

AMAUROSE, AVEC CÉCITÉ COMPLÈTE, PRODUITE PAR LA BRUSQUE SUPPRESSION DE POUX A LA TÊTE. RÉTABLISSEMENT DE LA VUE PAR DES FRICTIONS STIBIÉES SUR LE CUIR CHEVELU ET LA RECONSTITUTION DE LA PHTHIRIASE.

Par M. Charles Duval, D. M. P.

Les exemples d'amauroses occasionnées par la disparition subite d'irritations cutanées, aiguës ou chroniques, sont nombreux dans les fastes

de notre art. Quel est l'ophthalmologiste qui n'en ait point rencontré des cas dans sa pratique?

J'ai vu la cécité amaurotique avoir pour point de départ la suppression d'une éruption morbilleuse qui n'avait point accompli ses périodes habituelles (1); la gale répercutée peut donner lieu au même phénomène, comme Beer (2), comme Felsach (3), etc., en ont observé des exemples. Je soigne, dans ce moment, avec le docteur Woirhaye, une femme, âgée de quarante-quatre ans, brune et robuste, chez laquelle une amaurose congestive droite me paraît liée à la rétrocession d'un vaste eczéma. Elle était soumise à un traitement pour cette dernière maladie, dont elle n'était pas encore entièrement délivrée, quand, à la suite de refroidissements successifs, la vue de l'œil droit, bonne jusqu'alors, éprouva soudainement, vers la fin de janvier dernier, une détérioration telle, que tous les objets lui paraissaient couverts d'un voile noir. « Je vous vois tout noir », me disait-elle le 26 janvier; et, en sortant, ce jour-là, de mon cabinet, en proie à une exaspération affligeante, elle avait d'autant plus de peine à se conduire que, chez elle, la vision est très-émoussée au globe gauche, atteint de strabisme divergent depuis son enfance. Il y avait de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreilles, de la photopsie, tout le cortége symptomatique, en un mot, de l'amblyopie hypersthénique. Nous avons eu recours aux émissions sanguines, aux frictions stibiées sur les régions dorsale et lombaire, aux bains de vapeur administrés à domicile (bain assis, la tête dehors), aux pédiluves irritants, aux applications réfrigérantes sur les yeux et dans les parties limitrophes, aux onctions, avec l'onguent napolitain, sur le front et les tempes, aux purgatifs salins et drastiques (pilules avec la gomme-gutte et l'aloès succotrin); la malade fut condamnée à rester couchée dans son lit, à une demi-obscurité. Les portions périphériques de la rétine ont commencé, ce qui arrive le plus communément, à se dégager les premières, de telle sorte que les objets présentés du côté du nez et du côté de la tempe droite étaient distingués, mais ne l'étaient pas, quand on les plaçait directement devant l'œil; aujourd'hui, le centre de la rétine marche également vers ses conditions physiologiques, car la tache noire, que la malade croyait voir devant elle, s'est transformée en un nuage d'un gris blanchâtre,

(1) Consultez, pour un cas semblable rapporté par Schmucker, Arrachart, *Mémoires, Dissertations, et Observations de chirurgie;* Paris, 1805; page 208.

(2) Beer, *Lehre von den Augenkrankheiten*, tom. II, page 557. Vienne, 1817.

(3) *Journal des connaissances médico-chirurgicales;* décembre 1843; page 231. — Voyez encore les *Annales d'oculistique;* tome XIV (Bruxelles, 1845), page 177.

à travers lequel les corps peuvent être aperçus ; tout nous fait espérer une réussite complète. La *Gazette médicale de Berlin* a relaté, en 1838, l'histoire d'une jeune fille de huit ans qui, portant un suintement puriforme derrière une oreille, devint radicalement aveugle du même côté, après qu'on eut provoqué la suppression de la sécrétion accidentelle. Le globe était exempt d'inflammation et de douleur. La vue se rétablit au bout de six jours, pendant lesquels on fit, dans la région où la suppuration était tarie, des frictions avec la pommade d'Autenrieth animée avec l'euphorbe; un vomitif et les poudres de Plummer avaient été administrés à l'intérieur (1). Le dessèchement subit de vieux ulcères aux jambes est susceptible aussi d'engendrer la goutte-sereine ; c'est ce que Beer a vu vingt-cinq fois dans sa longue et laborieuse pratique (2).

Les amauroses nées dans ces dernières conditions étaient jadis expliquées par le transport, vers le siége de la vision, d'un principe spécifique mobile du virus dartreux, d'une humeur salée et mordicante, comme le dit Saint-Yves ; soumis aujourd'hui à l'empire d'un autre ordre d'idées, nous les attribuons à l'échange spontané d'un mouvement fluxionnaire qui, abandonnant violemment l'organe cutané, envahit impétueusement aussi l'œil, et souvent le cerveau. C'est suivant le même mécanisme que la cessation subite d'une transpiration accidentelle ou habituelle, comme la sueur des pieds, peut engendrer, vers l'appareil de la vision, un travail morbide susceptible d'y causer la cécité. Tel était le cas de cette jeune fille dont parle Arrachart (3), qui, après avoir porté, par les plus grandes chaleurs de l'été, une charge de linge à la rivière, plongea, toute mouillée de sueur, ses bras dans l'eau. Saisie soudainement par le froid, elle fut frappée de cécité en moins d'un quart d'heure. Le même auteur cite l'exemple d'un jeune homme qui, ayant longtemps séjourné dans une pièce fortement chauffée par un poêle, en sortit étant tout en sueur. La transpiration fut arrêtée tout à coup par l'impression de l'air froid ; il se coucha avec un violent mal de tête, et le lendemain il se réveilla aveugle. Je trouve, dans la publication mensuelle de Kleinert (4), le fait d'un jeune garçon, aux

(1) Billard, qui considère ce suintement puriforme comme favorable à la santé des enfants, range l'encéphalite au nombre des désordres qui peuvent résulter de sa brusque cessation (voyez Billard, *Traité des maladies des enfants ;* Paris, 1828, pag. 168). « S'il vient à se supprimer tout à coup chez eux, dit Gardien (*Traité d'accouchements ;* Paris, 1824 ; tome IV, page 233), il survient des accidents qui mettent leur vie en danger. »

(2) Beer, *loc. cit.*, tome II, page 560.

(3) Arrachart, *loc. cit.*, page 201.

(4) Kleinert's Repertorium. Leipzig, 1836 ; 3e numéro, page 53.

yeux délicats, qui, un quart d'heure après s'être frotté la face avec de la neige, fut atteint d'un trouble tel de la vue qu'il ne pouvait plus reconnaître les objets, qui lui paraissaient obscurcis par un nuage épais. Celui-ci et la céphalalgie qui l'accompagnait commencèrent à se dissiper au bout de trois heures, par le séjour au lit et sous l'influence de boissons chaudes, qui provoquèrent une diaphorèse abondante; il ne resta plus qu'une forte photophobie, qui s'évanouit graduellement à son tour.

Déterminer, au siége du départ présumé de la maladie, une excitation vive et rapide, tel est le point fondamental de la médication des amauroses métastatiques. Grandes seront les chances de ramener la faculté visuelle à sa normalité primitive, si l'affection secondaire est de date récente; est-elle ancienne, au contraire, une perturbation grave a pu s'enraciner dans la texture des parties où se passe l'acte de la vision, altération au-dessus des ressources de l'art, ou dont nous ne pouvons triompher qu'incomplétement.

L'observation suivante, que nous avons recueillie au dispensaire fondé par nous, depuis deux années, pour le traitement gratuit des affections ophthalmiques, rentre pleinement dans les considérations qui viennent d'être émises. Elle me paraît d'autant plus digne d'intérêt que, m'étant livré à quelques recherches dans nos auteurs d'ophthalmologie et dans les livres allemands, je n'ai trouvé nulle part un fait semblable à celui que je vais relater; l'ouvrage de Demours forme seul exception, à quelques égards, comme nous le verrons tout à l'heure.

Maria N...., âgée de neuf ans et fille d'un cocher de bonne maison, fut conduite par sa mère à ma consultation, le 17 octobre 1815. Cette enfant, aux traits fins et gracieux, à la peau délicate et blanche, portait, depuis quinze jours, aux deux globes, une affection qui commençait à inspirer des inquiétudes sérieuses à sa famille; de la rougeur, du larmoiement, de la photophobie, et surtout une détérioration considérable de la vue, en avaient été les premiers symptômes. Le 3 octobre, la mère transporta la jeune malade à la consultation publique d'un des hôpitaux de Paris. J'ai sous les yeux le bulletin qui lui fut remis, et qui est muet quant au diagnostic. Il y est dit d'instiller, soir et matin, entre les paupières, une solution de deux décigrammes d'azotate d'argent cristallisé dans trente grammes d'eau distillée, et de purger l'enfant, une fois par semaine, avec quinze grammes d'huile de ricin. On se conforma, durant quelques jours, à l'ordonnance; mais le collyre enflammait tellement les yeux et occasionnait de telles douleurs, que force fut d'en suspendre l'emploi. Madame N.... crut devoir alors s'adresser à un autre médecin, voisin de sa demeure; il prescrivit aussi un collyre de nitrate d'argent, dont on ne jugea pas à propos de faire usage. La cure, jusqu'au 17 octobre, ne se composa que de quelques palliatifs et de remèdes préconisés par des commères.

Telle était, à la date précédemment indiquée, l'intolérance des yeux pour

la lumière, qu'il me fut impossible de les soumettre à une exploration suffisante. Des corps de grandes dimensions, présentés à un demi-jour, ne furent point aperçus ; la mère ajouta que mes essais demeureraient infructueux, qu'elle s'était convaincue mainte fois chez elle que sa fille ne voyait rien. Les autres fonctions de l'économie continuaient, d'ailleurs, à s'exercer librement. Je crus à une de ces ophthalmies, avec exaltation de la sensibilité rétinienne, altération si commune dans le jeune âge et que la plupart des auteurs appellent ophthalmie scrofuleuse, quelques-uns ophthalmie rhumatismo-scrofuleuse ou lymphatique, conjonctivo-sclérotite, etc., expressions sur la valeur desquelles il me paraît superflu de discuter ici. Je recommandai l'application immédiate de cinq sangsues derrière chaque oreille, avec injonction de faire largement saigner les piqûres; cinquante grammes de manne à prendre le lendemain matin, fondue dans du lait; l'établissement, le lendemain également, mais dans la soirée, d'un vésicatoire à la nuque; quatre frictions par jour avec l'onguent napolitain belladoné; des pédiluves à l'eau de cendres et un régime doux. Je conseillai de diminuer la clarté de la pièce dans laquelle l'enfant avait coutume de séjourner et de ne pas bander les yeux, mais de les ombrager à l'aide d'un ample garde-vue, quand la malade sortirait pour venir à la consultation.

Le 21 octobre, il y a toujours pour la lumière une aversion qui dérobe les yeux à mon investigation. La vision persiste à rester abolie. (Poser de nouveau cinq sangsues derrière chaque oreille, persévérer dans l'emploi des onctions fronto-temporales et des bains de pieds. Entretenir l'exutoire.)

Le 25. Haleine hydrargyrique; prodromes de salivation. L'enfant m'a paru distinguer quelques couleurs; elle n'indique pas les objets, quel que soit leur volume et à quelque jour qu'on les lui montre. Elle n'accuse aucune douleur, ni aux yeux, ni dans les parties limitrophes. (Purger encore avec de la manne, dans la soirée, faire, derrière chaque oreille, une friction avec deux ou trois gouttes d'huile de croton, continuer les pédiluves, suspendre aujourd'hui les onctions sur le front, les reprendre demain ; ne les pratiquer que matin et soir.)

Le 30. État stationnaire, les couleurs ne sont pas perçues, les régions frottées avec l'huile ont fortement suppuré; elles sont garnies de croûtes jaunâtres. (Nouvelle application de sangsues devant chaque oreille, trois frictions par jour avec le mélange d'onguent napolitain et d'extrait de belladone. On lotionnera les yeux avec une décoction concentrée de cerfeuil ; on les couvrira, plusieurs fois dans la journée, d'un cataplasme préparé avec cette dernière plante (1). On donnera, tous les matins, une bonne cuillerée à bouche de sirop de chicorée.)

Le 3 novembre. Pas de changement. (Suspendre l'emploi du cerfeuil, continuer la pommade et le sirop. Pratiquer sur les organes affectés des fomentations avec une solution d'un gramme d'extrait gommeux d'opium dans 125 grammes d'eau distillée (2).)

Le 6. La mère se loue beaucoup des fomentations opiacées, car la pho-

(1) J'ai publié, l'année dernière, dans les *Annales d'oculistique* (tome XIII, page 71), un travail sur l'emploi du cerfeuil dans le traitement des affections ophthalmiques. Il a été analysé et partiellement reproduit, peu de temps après, dans le *Bulletin général de thérapeutique* (tom. XXVIII, page 392), etc.

(2) Voyez le même article, dans les *Annales d'oculistique*, tome XIII, pages 81 et 82.

tophobie s'est évanouie au point de permettre aux yeux de s'ouvrir même à une lumière assez intense. Pour la première fois, je puis les explorer convenablement; j'y constate une rougeur modérée de la conjonctive scléro-palpébrale et quelques points blancbâtres dans les cornées. Les pupilles sont contractées et immobiles. Bien qu'aucun obstacle apparent sérieux ne s'oppose à l'entrée des rayons de lumière dans les deux bulbes, la cécité reste complète; la malade dit qu'elle ne voit que du rouge, l'existence d'une amaurose n'est point douteuse.

Les émissions sanguines, les mercuriaux, la belladone, les révulsifs intestinaux et cutanés firent seuls à peu près, pendant quelques jours, les frais de ce traitement, dont le succès me semblait plus problématique qu'il ne me l'avait paru dans le principe; quand, interrogeant minutieusement la mère sur toutes les causes qui auraient pu amener la lésion à laquelle nous avions affaire, j'appris d'elle, le 13 novembre, une circonstance qui fut pour moi un trait de lumière. Elle me dit que la tête de la jeune Maria était depuis longtemps tourmentée par une masse immense de poux, dont on la délivra brusquement, vers la fin de septembre; rapprochant ce terme de celui de l'origine de l'affection des yeux, je demeurai convaincu qu'elle se rattachait à la suppression de la phthiriase.—Les indications à remplir ne pouvaient être douteuses. Je recommandai qu'on rasât, aussitôt que possible, le cuir chevelu, à quatre places différentes, et à égale distance à peu près l'une de l'autre : deux sur la ligne qui va du front à l'occiput, en passant entre les pariétaux; les deux autres, vers les sutures temporo-pariétales. Puis je fis pratiquer sur les tonsures, de deux en deux heures, et jusqu'à éruption de pustules, des frictions avec une pommade composée de 4 grammes de tartre stibié et de 16 grammes d'axonge. Pensant, de plus en plus, qu'il ne pouvait y avoir qu'avantage à rétablir dans son intégrité primitive le mode de stimulation qu'on avait soudainement arrêté, je conseillai à la mère de se procurer des poux, et d'en mettre une bonne quantité sur la tête de sa fille. Il y avait précisément, dans la maison qu'elle habitait, un jeune garçon abondamment pourvu de ces parasites, circonstance qui vint merveilleusement se prêter à l'application de cette ressource thérapeutique assez bizarre.

L'enfant est ramenée le 18 novembre. Les prescriptions ont été scrupuleusement suivies, et la tête est le siége d'un prurit fatigant et douloureux, qui force la malade à y porter souvent la main; les tonsures, vivement phlogosées, sont garnies de feuilles de poirée, enduites de beurre frais. Mme N..., ravie de joie, m'annonce que, le 16 du mois, Maria s'est réveillée en distinguant, bien que d'une manière confuse, les objets qui l'entouraient; cette faculté, ajouta-t-elle, a beaucoup gagné depuis cette époque, et elle s'accroît de jour en jour. Il était facile, en effet, de voir que la physionomie de l'enfant avait changé d'aspect; ce n'était plus le regard vague et sans but des consultations précédentes; les yeux offraient des mouvements qui se coordonnaient avec l'acte de la vision. Je montrai quatre doigts, deux doigts, un chiffon, un carré de papier blanc, une boîte; tout fut immédiatement indiqué; priée de se rendre dans telle ou telle partie de la pièce où nous nous trouvions et que je lui désignai, Maria y alla sans hésitation.

Il me paraît inutile de transcrire minutieusement les détails ultérieurs de ce traitement jusqu'au 24 décembre, dernier jour où je vis la jeune ma-

lade. Mes efforts tendirent à exciter, plusieurs fois encore, le cuir chevelu, par de nouvelles applications émétisées; plus tard, je sollicitai d'autres suppurations plus éloignées de l'organe visuel, et je donnai des purgatifs. Dès le 2 décembre, Maria lisait les enseignes des boutiques dans les rues et pouvait enfiler une grosse aiguille. J'ai eu de ses nouvelles : la guérison est parfaite.

Demours me fournit quelques documents qui se rattachent trop à cette observation pour que je les passe ici sous silence. Consulté par lettre (1) pour un enfant de huit ans, habitant Nantes et qui, après avoir eu la tête couverte de poux, qu'on détruisit brusquement par la staphisaigre, fut affligé d'une ophthalmie douloureuse, Demours répondit qu'il était très-probable que la fluxion qui s'était jetée, depuis deux mois, sur la lèvre supérieure, le nez et l'organe visuel avait été déterminée par la prompte suppression de la vermine. Il prescrivit le petit-lait, avec le sirop de pommes composé, une infusion de fleurs de mélilot, pour bassiner les yeux, et un vésicatoire derrière chaque oreille. « Si, après trois semaines, continue-t-il, le gonflement des paupières n'est pas entièrement dissipé, le meilleur moyen auquel on puisse recourir sera de lui rendre les poux qu'on lui a supprimés, de les conserver jusqu'à ce que tous les accidents soient cessés, et de ne les détruire que peu à peu par le moyen du peigne. On purgera doucement l'enfant, deux fois par semaine. » A la page 92 du tome I[er] du même ouvrage, l'auteur s'exprime de la manière suivante : « Les insectes que l'on trouve si ordinairement sur la tête des enfants agissent-ils seulement par l'irritation que produisent leurs piqûres, ou font-ils l'effet d'une foule de petites sangsues? Les doigts de l'enfant, forcé à se gratter pour apaiser le prurit que ces piqûres lui occasionnent, déterminent-ils sur le cuir chevelu une irritation utile, qui, en se déplaçant, peut se porter sur les yeux? Ce qu'il y a de certain, c'est que, très-souvent, la disparition subite, même spontanée, de ces insectes, donne lieu à des phlegmasies de l'œil. » Demours ajoute (même vol., page 255) que, dans les inflammations ophthalmiques qui proviennent de la suppression des poux, à différentes époques de l'enfance, il a coutume de remettre sur la tête un certain nombre de ces insectes, expédient qui lui a valu de grands succès.

Dans le fait que nous avons rapporté tout à l'heure, l'amaurose, plusieurs diraient la rétinite (2), a-t-elle surgi d'emblée, immédiatement

(1) Demours, *Traité des maladies des yeux*; Paris, 1818, tome II, pages 30 et 31.

(2) Lawrence fait observer avec juste raison (*Traité des maladies des yeux*, traduit par Billard, pages 363 et 364), qu'il n'y a vraiment pas de différence

après la disparition de la phthiriase, ou bien, a-t-elle été consécutive à un mouvement phlogistique né dans des parties plus superficielles de l'œil? S'est-elle établie, par exemple, comme chez Nathalie Spitzer, autre malade de mon dispensaire, qui ne voyait presque pas de l'œil droit, le 20 décembre dernier, à la suite d'une ophthalmie externe qui retentit vers l'intérieur du globe, et qui voit parfaitement aujourd'hui? L'un ou l'autre mode d'invasion peut avoir eu lieu, questions, d'ailleurs, auxquelles, dans l'espèce, il m'est impossible de répondre, n'ayant pas été appelé à donner des soins à l'enfant dès le principe. Les seuls enseignements, au reste, qui sortent de ce travail, c'est que la préexistence d'une phthiriase doit prendre rang dans le commémoratif étiologique des affections ophthalmiques, qu'elle doit exercer une influence sur le choix des moyens curatifs à employer, et que ce n'est pas sans quelque circonspection qu'il faut détruire, par les hydrargyriques ou d'autres topiques, la maladie pédiculaire du cuir chevelu chez les jeunes sujets, lorsque les insectes sont très-nombreux et que, existant depuis longtemps, ils ont, pour ainsi dire, acquis droit de domicile, la prompte suppression de l'irritation continue qui dérive de leur présence pouvant avoir sur l'appareil de la vision, et bien certainement sur d'autres organes (1), des conséquences analogues à celles de la répercussion des dermatoses.

Ch. Deval.

DU TRAITEMENT DES BOURSES MUQUEUSES SUPPURÉES.

Aucune époque médicale n'a été plus fertile que la nôtre en expériences de thérapeutique, mais ces expériences sont loin d'avoir été aussi utiles qu'on avait droit de l'espérer; c'est qu'en général elles n'ont pas été faites avec suite, et que leurs résultats ont été constatés d'une manière peu précise. De là, une grande incertitude dans la thérapeutique, et la nécessité de recommencer chaque jour des expériences déjà très-

symptomatique bien tranchée entre l'amaurose et l'inflammation de la rétine; du reste, ajoute-t-il, cette question aurait plutôt trait au siége précis et à l'étendue du mal qu'à sa nature, puisque la médication doit être la même dans l'un et l'autre cas; il n'est donc pas très-important d'établir très-exactement le diagnostic de ces deux affections.

(1) A l'article *phthiriase* du *Dictionnaire de médecine*, en 21 volumes, M. Rayer dit qu'on assure que les frictions d'onguent mercuriel, mises en usage pour détruire les *pediculi capitis*, ont produit, chez plusieurs enfants, des accidents très-graves, tels qu'un état comateux et un affaissement auquel ont succédé des mouvements convulsifs.

bien faites par d'autres. Aussi, ouvrez la plupart de nos ouvrages classiques, vous y trouverez l'énumération complète des nombreux moyens à l'aide desquels on peut combattre une maladie, mais vous y chercheriez vainement leur rigoureuse appréciation. Ce que nous disons ici, d'une manière générale, est surtout applicable à la thérapeutique des bourses muqueuses suppurées; c'est ce qui nous a décidé à rapporter ici plusieurs faits que nous avons eu l'occasion d'observer avec soin, et à dire quelques mots de leur traitement. Il est bien entendu que nous mettons de côté les hydropisies simples des bourses muqueuses, dont le traitement est assez simple, pour ne nous occuper que des cas où les parois de la poche se sont enflammées, et où le liquide collecté présente les caractères du pus.

La nature du liquide contenu dans une bourse muqueuse n'est pas toujours facile à constater : lorsque l'inflammation des parois de la poche se fait lentement, le liquide, qui était d'abord transparent et présentait tous les caractères de la synovie, peut s'altérer et passer à l'état purulent, sans que ce changement soit annoncé par aucun signe. Alors on est le plus souvent porté à soupçonner cette altération par l'impuissance seule des moyens employés ordinairement contre les hydropisies simples. Quand la maladie suit une marche aiguë, il est encore un moment où le doute est permis, où l'on ne peut savoir si les parois de la bourse sont enflammées au point de sécréter un liquide purulent, et, dans le doute, il faut encore employer les antiphlogistiques locaux avec énergie pour prévenir cette terminaison. Mais supposons que tous les efforts ont été inutiles, et que la poche soit suppurée, que faut-il faire? Les différents moyens qui ont été employés, et que nous allons examiner, sont : les vésicatoires, l'extirpation, l'excision, le rasement, le séton, l'incision, la ponction simple ou pratiquée d'après certaines règles opératoires, et combinée avec l'injection de liquides irritants ou la compression des parois de la bourse muqueuse.

Les *vésicatoires* ne sont employés d'ordinaire que pour amener ou accélérer la résorption de liquides transparents, aqueux, épanchés dans les bourses muqueuses. Cependant on les a mis en usage, il y a quelques années, dans des cas où l'on pensait avoir affaire à des collections purulentes. Nous avons suivi ces essais avec la plus grande attention. Dans la grande majorité des cas, les vésicatoires volants ou suppurants ont été sans aucune utilité, et dans ceux où ils ont amené la résolution du liquide, il n'était pas hors de doute qu'il fût de nature purulente. Il y avait bien quelques données pour penser que le liquide contenu dans la poche était altéré, mais il pouvait l'être sans avoir passé encore à l'état de pus. Il ne répugne pas alors de croire que la résorption des parties

les plus ténues du liquide soit due aux vésicatoires, et que la maladie se comporte à peu près comme un hygroma. Mais, fût-il bien constaté que la résorption du pus peut être produite par les vésicatoires, nous rejetterions ce moyen parce qu'il est douloureux et qu'il exige toujours un temps fort long.

Extirpation. Quelques chirurgiens, imbus de cette opinion que les poches synoviales, une fois ouvertes, ont la plus grande peine à se fermer, que leurs parois sécrètent incessamment un liquide qui s'oppose à leur cicatrisation, ont pensé que le meilleur moyen d'éviter des fistules inguérissables était d'enlever tout entière la bourse muqueuse malade. Nous ne saurions trop nous élever contre ce mode de traitement. D'abord, il est impraticable quand la poche à enlever est considérable, comme celles que l'on observe quelquefois au-devant de la rotule ; il est d'une exécution longue et difficile, il produit toujours une plaie assez grande, et surtout il est excessivement douloureux. Une pareille opération n'est-elle pas plus grave que la maladie elle-même? Nous insistons peu, du reste, sur ce moyen qui est généralement abandonné.

Excision et *rasement*. L'excision, qui se rapproche par quelques points de l'extirpation, ne doit pas être complétement rejetée. Quelquefois les parois de la bourse muqueuse sont considérablement épaissies, cartilagineuses ou dégénérées; après avoir donné issue au liquide qu'elles renferment, on ne pourrait raisonnablement espérer de les voir revenir sur elles-mêmes, s'adosser et contracter des adhérences solides dans toute leur étendue ; il faut alors exciser une partie de la poche et transformer son fond en une plaie que l'on panse à plat. Le *rasement* n'est autre chose que l'excision comprenant toute la partie saillante de la tumeur, de manière à n'épargner que la portion adhérente de la poche. Ce procédé opératoire, proposé par M. Mosnier pour les hygromas, doit toujours être rejeté dans ces cas ; mais, dans le traitement des bourses muqueuses suppurées, il peut être employé comme l'excision. Cependant, nous le répétons, les cas où cette opération peut être utile sont très-rares, et il ne faut pas accorder trop d'importance à l'épaisseur anormale que présentent quelquefois les parois d'une bourse muqueuse.

Incision. L'opération qui consiste à inciser largement la bourse muqueuse suppurée afin de donner une issue facile au pus, à bourrer ensuite sa cavité avec de la charpie, afin de produire l'inflammation et l'adhérence des parois, a longtemps joui d'une grande faveur. Aujourd'hui même elle est encore pratiquée par un grand nombre de chirurgiens et jusque dans nos hôpitaux. Nous ne la condamnons pas entièrement : nous dirons d'abord qu'elle compte de nombreux succès, qu'elle guérit infailliblement la maladie, que, dans les cas où les parois de la poche

sont amincies dans une assez grande étendue, où cet amincissement et la violence de l'inflammation font craindre la gangrène, l'incision est un excellent moyen. Mais, à côté de ces avantages, il faut placer les inconvénients. L'incision est douloureuse, surtout quand elle est étendue et qu'il faut lui donner une forme cruciale ; le pansement qui consiste à bourrer la poche de charpie ne l'est pas moins ; elle peut se compliquer de quelques-uns des accidents qui appartiennent aux plaies, et enfin, elle demande constamment un temps assez long pour que la guérison soit complète. La réunion des bords de la plaie exige ordinairement douze à quinze jours et souvent plus. Chez plusieurs malades, traités par l'incision pour des bourses suppurées situées au-devant de la rotule, nous avons vu la marche gênée pendant plusieurs jours après que la cicatrisation des bords de la plaie était parfaite. En présence de ces inconvénients, si des hommes distingués regardent encore l'incision comme le meilleur moyen que nous possédons, c'est qu'ils n'ont pas des idées justes sur la disposition qu'ont à contracter entre elles des adhérences les parois des bourses muqueuses suppurées. Nous insisterons tout à l'heure sur ce point.

Séton. Par l'incision, on se proposait surtout d'empêcher la stagnation du pus et de déterminer l'inflammation nécessaire à l'accollement des parois de la bourse muqueuse. Quelques praticiens cherchèrent à obtenir le même résultat à l'aide d'un séton, mais ils n'atteignirent que bien imparfaitement le but qu'ils se proposaient. La mèche du séton sert, à la vérité, à conduire le pus en dehors de la poche, mais assez difficilement ; quelquefois même, quand les ouvertures du séton diminuent, quand le pus sécrété en moins grande quantité se concrète sur la mèche, celle-ci devient elle-même un obstacle à l'issue du pus. De plus, ils étaient partis d'une donnée fausse, c'est qu'il est nécessaire de déterminer de l'inflammation dans une bourse muqueuse suppurée pour obtenir l'adhérence de ses parois. Dès l'instant que l'inflammation a été suffisante pour qu'il y ait épanchement de pus dans une bourse muqueuse, elle n'a pas besoin d'être activée ; elle est suffisante pour amener l'adhérence des parties. La présence d'un séton est donc plutôt nuisible qu'utile, parce qu'il peut déterminer une inflammation trop vive, agir comme un corps étranger, entretenir la suppuration et s'opposer au recollement des parties. Quelquefois même il a produit des accidents plus graves et déterminé la mort des malades.

Ponction. La ponction est incontestablement le meilleur mode de traitement de la maladie dont il est ici question. Elle est exempte de presque tous les inconvénients que présentent les divers procédés opératoires que nous venons d'énoncer, et cependant elle est plus efficace.

Il est plusieurs manières de l'employer : si l'on se borne à donner issue au pus avec un trocart et à abandonner la poche à elle-même une fois qu'elle est vidée, il y aura les plus grandes chances pour une récidive. Le trocart une fois retiré, la petite plaie se cicatrisera ; les parois de la poche continueront de sécréter du pus, et la tumeur, ne trouvant aucun obstacle à son développement, se reproduira. La ponction seule ne suffit donc pas, il faut lui adjoindre quelque autre moyen pour compléter son action. Dans ces derniers temps, on a beaucoup employé les injections irritantes et surtout les injections iodées. Nous croyons que ces injections n'agissent pas en augmentant l'inflammation des parois de la bourse muqueuse, mais plutôt en la modifiant, en agissant d'une manière toute spéciale ; mais quelle que soit notre opinion à cet égard, ces injections réussissent, et c'est là le point important. Cependant, pour assurer leur efficacité et prévenir une récidive, il est assez souvent utile de leur adjoindre une légère compression de la tumeur. C'est un fait qu'il faut noter. Du reste, ces injections sont à peu près exemptes d'inconvénients : elles sont très-peu douloureuses, faciles à pratiquer, et ne déterminent pas d'accidents, à moins qu'elles ne soient mal pratiquées.

Aux injections on peut substituer avec avantage un autre moyen appelé quelquefois en aide aux injections, comme nous venons de le dire, c'est la compression. Alors l'opération est des plus simples. Elle consiste à donner issue au pus et à mettre en contact les parois de la poche suppurée. Une fois en contact, ces parois perdent leur puissance de sécrétion, se modifient et deviennent adhérentes. L'inflammation existante suffit, mais il faut empêcher que de nouveau pus ne vienne s'interposer entre les parties adossées et n'empêche leur réunion. La compression, pour être efficace, a besoin d'être employée avec certaines précautions : il faut qu'elle porte uniformément sur toute la poche, car s'il se formait du pus dans quelque point de son étendue, il est probable que ce pus serait le point de départ d'une récidive ; il faut qu'elle soit modérée et plus ou moins forte suivant l'amincissement, l'inflammation et la sensibilité des parties ; il est encore nécessaire, et nous insistons sur ce point, de prescrire le repos du membre malade, parce que les mouvements qu'il exécute tendent à faire glisser les unes sur les autres les parois de la tumeur et à détruire les adhérences commençantes. Dans presque tous les cas où nous avons vu employer la ponction et la compression avec les précautions que nous venons d'indiquer, le succès ne s'est pas fait attendre. En six ou huit jours la guérison était complète. Parmi les cas assez nombreux que nous avons recueillis, nous citerons seulement le suivant, parce qu'il est assez rare et présente de l'intérêt sous

plus d'un rapport.—Le 18 septembre 1845, est entré à la Pitié, dans la salle Saint-Gabriel, n° 10, le nommé Dion, âgé de soixante-cinq ans. Cet homme est tonnelier et s'occupe spécialement à fabriquer des baquets ; aussi porte-t-il au genou gauche, au niveau de l'épine du tibia, une callosité, résultat de la pression continuelle qu'éprouve le membre quand il scie ou taille des douves. Le jeudi 11 septembre, il éprouva quelque difficulté à mouvoir la jambe gauche, et le lendemain il constata une tuméfaction assez notable au-devant de sa rotule. Ce gonflement, survenu sans cause connue, accompagné de fièvre, de douleurs très-vives, alla en augmentant jusqu'au 15 du même mois. Jusqu'alors il avait toujours été circonscrit au-devant de la rotule. A cette époque, sans avoir senti aucun craquement, sans le moindre sentiment de déchirure, le malade s'aperçut que le gonflement s'étendait lentement au-dessous de la rotule, et ensuite vers la partie supérieure et interne de la jambe. La douleur devenant chaque jour plus vive, et se trouvant dans l'impossibilité de marcher, il se décida à entrer à l'hôpital. A la partie antérieure du genou, interne et supérieure de la jambe, existe un gonflement considérable présentant plusieurs saillies : la moins considérable est située au-devant de la rotule et se prolonge en avant du ligament rotulien; l'autre est moins bien circonscrite, plus aplatie, ayant le volume du poing allongé. La fluctuation est manifeste dans toute la tumeur. Le diagnostic ne présentait aucune difficulté : il s'agissait d'un abcès de la bourse muqueuse placé au-devant de la rotule et qui s'était épanché en partie dans le tissu cellulaire sous-cutané. A la partie la plus déclive de la tumeur, au-dessous de la tubérosité interne du tibia, je pratiquai, avec un bistouri étroit, une ouverture par laquelle s'écoula un grand verre de pus de bonne nature. La poche une fois bien vidée, le genou fut enveloppé d'un large cataplasme maintenu par quelques tours de bande assez serrés. En même temps, on plaça quelques brins de charpie dans la petite plaie pour faciliter l'écoulement du pus. Durant les deux jours qui suivirent l'ouverture de la poche, on continua les cataplasmes à cause de la rougeur que présentaient les ligaments ; le liquide qui s'écoulait en dehors devenait de moins en moins abondant et plus séreux. Le troisième jour on pratiqua la compression du membre depuis les orteils jusqu'au-dessus du genou : il s'écoula encore, pendant trois jours, un peu de liquide séreux et rougeâtre par l'ouverture qui avait été laissée libre; le septième jour, à la levée du bandage, on trouva les téguments recollés partout, fermes et présentant leur coloration normale.

Cette observation, recueillie par M. Nouffert, interne du service, montre tout ce qu'on est en droit d'attendre d'une compression bien faite.

La tumeur était considérable, une partie notable de pus avait décollé les téguments dans une assez grande étendue, la peau, au-devant de la rotule, était amincie et enflammée; cependant, au bout de sept jours de traitement, la guérison a été complète. Des résultats semblables furent obtenus chez deux malades de la même salle, affectés, l'un d'un abcès, l'autre d'un épanchement de sang dans la bourse muqueuse prérotulienne. Aucune précaution particulière n'avait été prise pour empêcher l'introduction de l'air dans la poche suppurée, parce qu'en effet elle est sans inconvénients. Il est donc entièrement inutile de compliquer une opération aussi simple que celle de la ponction, de l'emploi d'instruments particuliers destinés à aspirer le pus en empêchant tout contact de l'air avec la synoviale. C'est une précaution tout au moins inutile.

Nous venons d'examiner avec la plus grande impartialité les différents moyens thérapeutiques employés dans le traitement des bourses muqueuses suppurées; nous avons cherché à déterminer exactement la valeur de chacun d'eux ; enfin, nous avons insisté sur les avantages qu'offrait, par-dessus tous les autres procédés opératoires, la ponction combinée avec la compression. Nous n'avons pas eu la prétention de dire ici rien de bien nouveau, mais nous voulions attirer l'attention des praticiens sur cette partie de la thérapeutique chirurgicale, parce qu'il nous est arrivé plus d'une fois de voir employer des procédés opératoires douloureux, comme l'incision, l'excision même, dans des cas où la simple ponction eût été très-applicable.

L. V.

CHIMIE ET PHARMACIE.

QUELQUES OBSERVATIONS SUR LA PRÉPARATION D'UN SIROP DE DEUTO-IODURE DE MERCURE.

Le dernier numéro du *Bulletin de thérapeutique* contient une note de M. Em. Mouchon, pharmacien distingué de Lyon, dans laquelle il propose une formule pour la préparation d'un sirop de deuto-iodure de mercure.

Le sirop de deuto-iodure de mercure n'est pas un médicament nouveau. Il y a dix ou douze ans, qu'étudiant l'action du bi-iodure de mercure combiné à l'iodure de potassium (iodure-hydrargyro-potassique ou iodo-hydrargyrate de potassium) sur différentes substances organiques, je compris que ce sel, qui est très-soluble dans l'eau, et sur lequel le sucre n'avait aucune action, pouvait, sous la forme de sirop, offrir à la théra-

peutique un agent précieux. M. le docteur Gibert partagea mon opinion, et, à l'hôpital de l'Ourcine, dont il était alors médecin, il fit faire usage de ce sirop à quelques-uns de ses malades. Nos prévisions se réalisèrent ; ce sirop était fort efficace, non désagréable au goût, et assez commode à prendre : chaque once renfermait un quart de grain de deuto-iodure de mercure et quatre grains d'iodure de potassium. Nommé, quelque temps après, médecin à l'hôpital Saint-Louis, M. Gibert y importa l'usage de ce sirop ; mais déjà instruit par l'expérience, il me pria d'en modifier la préparation ; il désira qu'il fût moins consistant, afin que la déglutition en fût plus facile, lorsqu'on le ferait prendre aux malades, et voulut qu'un poids de 25 grammes, qui est environ celui que peut contenir une cuiller à soupe ordinaire, renfermât 1 centigramme de deuto-iodure de mercure et 50 centigrammes d'iodure de potassium. Cette posologie est encore la même aujourd'hui, elle n'a pas varié. Remarquons que l'iodure de potassium figure ici en préparations assez élevées, et que pour cette raison il ajoute puissamment aux propriétés de ce sirop ; remarquons aussi en passant que M. Gibert est un des médecins qui, le premier, ait employé l'iodure de potassium à hautes doses, à hautes doses du moins pour l'époque.

Ce praticien distingué avait l'habitude de prescrire ce nouveau médicament sous le nom de *sirop de deuto-iodure ioduré*, dénomination que nous lui avons conservée. On nous en a fait et on nous en fait encore aujourd'hui un reproche : on dit qu'elle n'indique pas assez nettement la composition du médicament, qu'elle est trop vague. Ce blâme, qui peut paraître motivé au point de vue pharmaceutique, est tout à fait intempestif au point de vue d'utilité pratique à laquelle ici tout doit être finalement sacrifié. De quelle utilité, en effet, peut être sur une étiquette la présence des mots *mercure* ou *hydrargyre*, quand nous voyons journellement les praticiens s'ingénier à les dissimuler dans leurs prescriptions ? C'est donc à dessein que nous avons conservé et que nous conservons cette appellation vague et indéterminée, que tout médecin et que tout pharmacien, au reste, peuvent compléter.

Voici maintenant la formule proposée par M. Em. Mouchon, et les réflexions dont il la fait suivre :

« Pr. : Bi-iodure de mercure. . . . . . 5 grammes.
Iodure de potassium. . . . . . . 10 grammes.
Eau distillée. . . . . 35 grammes.
Sirop de sucre ordinaire. . . . 2450 grammes.

Triturez ensemble les deux iodures, additionnez-les de l'eau ; filtrez le soluté au papier et versez dans le sirop froid pour opérer un mélange intime.

« Une cuillerée à soupe de ce sirop, soit 30 grammes environ, contient les deux sels à la dose de 5 et 10 centigrammes, tandis que celui de M. Boutigny, que met en usage M. le docteur Gibert, les représente dans la proportion de 1 à 50.

« Au surplus, on pourrait facilement supprimer l'iodure de potassium et se borner à faire dissoudre le sel de mercure dans une quantité convenable d'alcool, pourvu que le soluté dût être associé à du sirop de sucre, aucune influence chimique ne pouvant dénaturer la base du mélange ; tandis qu'en voulant faire figurer celle-ci dans un sirop, tel que celui de Cuisinier ou de salsepareille, on serait tenu d'y associer l'iodure de potassium, pour éviter la transformation du sel mercuriel en protosel insoluble. »

On peut voir que la formule proposée par M. Em. Mouchon ne diffère de la nôtre que par une modification dans le poids des substances qui la composent; il a augmenté celui du bi-iodure de mercure, et a diminué celui de l'iodure de potassium. Quel avantage présente donc cette modification ? Augmente-t-elle l'efficacité du sirop parce qu'elle le prive d'un auxiliaire puissant, l'iodure de potassium, et le rend-elle plus tolérable à l'estomac des malades parce qu'elle porte jusqu'à l'exagération les proportions d'iodure mercurique? Cela est plus que douteux. Nous avons dit, parce qu'elle porte jusqu'à l'exagération les proportions d'iodure mercurique ; et cela est vrai, car chaque cuillerée de 30 grammes environ de ce sirop renferme un peu plus de 6 centigrammes de bi-iodure de mercure, comme on peut soi-même facilement le supputer, quoique M. Em. Mouchon assure, par erreur sans doute, qu'elle n'en contienne que 5 centigrammes. Habituellement c'est à la dose d'une à deux cuillerées par jour, quelquefois même de trois, que les médecins prescrivent le sirop de deuto-iodure de mercure ; or, qu'à cette dernière dose un malade, faisant usage de celui préparé d'après notre formule, aille en acheter dans une officine où il a été obtenu d'après celle de M. Em. Mouchon, ce malade avalera, dans l'espace de dix ou douze heures, au delà de 18 centigrammes de bi-iodure de mercure. Il est inutile de nous appesantir sur les accidents qui naîtraient de l'ingestion de 18 centigrammes d'un sel dont l'énergie toxique surpasse peut-être celle du sublimé corrosif; on les devine.

Nous avons vu que dans ses réflexions sur la préparation du sirop de deuto-iodure de mercure, M. Em. Mouchon propose un moyen beaucoup plus simple pour l'obtenir : il conseille de faire dissoudre le sel mercuriel dans l'alcool, et de mêler ce soluté à une proportion déterminée de sirop de sucre. Ce moyen est, en effet, fort simple et fort commode ; mais, si plus haut nous avons accusé M. Em. Mouchon d'offrir

un sirop beaucoup trop riche en iodure mercurique, ici nous lui reprochons d'en présenter un qui est beaucoup trop pauvre. Voyons pourquoi. Quand on mêle à du sirop un soluté alcoolique de bi-iodure de mercure, on voit le mélange se troubler, et aller se troublant de plus en plus pendant environ une demi-heure, puis peu à peu s'éclaircir et devenir tout à fait transparent. Alors, au fond du vase on aperçoit une belle couleur rouge, c'est le bi-iodure qui s'y est rassemblé, le sirop n'en contient plus. L'explication de ce phénomène est très-simple : le bi-iodure de mercure est soluble dans l'alcool, il est insoluble dans l'eau ; or, quand on mêle un soluté alcoolique de ce sel à du sirop, l'eau de celui-ci s'empare de l'alcool, et le bi-iodure rendu libre se précipite.

Encore un mot. Si l'on voulait faire figurer le bi-iodure de mercure dans un sirop, dit M. Em. Mouchon, tel que celui de Cuisinier ou de salsepareille, on serait tenu d'y associer l'iodure de potassium pour éviter la transformation du sel mercuriel en proto-sel insoluble. Ce principe est trop absolu, car la décomposition du sel mercuriel a souvent lieu malgré la présence de l'iodure de potassium. Elle ne se montre pas, il est vrai, dans le sirop de salsepareille ni dans plusieurs autres ; mais il en est un grand nombre d'autres où on la voit s'effectuer. Elle a toujours lieu dans ceux où la présence d'un alcaloïde est manifeste ; ainsi, elle est certaine dans les sirops de quinquina, d'opium, de pavots, etc. Dans ces cas, non-seulement l'iodure de mercure est décomposé, mais l'iodure de potassium lui-même. En somme, nous croyons que le seul véhicule sirupeux auquel il soit rationnel d'allier l'iodure de mercure combiné à l'iodure de potassium (iodo-hydrargyrate de potassium), c'est le sirop simple, le sirop de sucre.

Nous avons dit plus haut que l'action thérapeutique de l'iodure de potassium entrait pour sa part dans les effets de notre sirop de *deuto-iodure ioduré*, et que c'était précisément à l'action des deux médicaments spécifiques (le bio-iodure de mercure et l'iodure de potassium) que M. Gibert attribuait l'efficacité du remède. Ajoutons que c'est aussi à la dose respective de chacun d'eux (suffisamment élevée pour l'iodure de potassium, et convenablement abaissée pour le deuto-iodure de mercure), que le même praticien attribue l'*innocuité* du sirop. Peut-être ne sera-t-il pas inutile de rappeler en cette occasion les conclusions qui formulent l'opinion de M. Gibert. Ces conclusions sont extraites textuellement d'un rapport fait à la Société de médecine du département, au nom de la Commission des prix, en août 1845 :

« 1° Que l'iodure de potassium mérite incontestablement la réputation qu'il a acquise comme antisyphilitique ;

« 2° Qu'administré en solution dans divers liquides, mais de préfé-

rence, selon nous, dans une potion d'eau distillée et de sirop, à la dose de 1 à 2 grammes par jour, soit en une seule, soit, mieux encore, en deux prises, une le matin et une le soir, il réussit seul à guérir les accidents syphilitiques dits secondaires et tertiaires ;

« 3° Que son innocuité le rend surtout précieux dans la cachexie syphilitique, chez les enfants, les femmes et les sujets débiles et délicats ;

« 4° Que nous préférons cependant encore, comme plus sûr, plus efficace et tout aussi innocent, notre ***sirop de deuto-iodure ioduré***, où l'iodure de potassium est combiné au bi-iodure de mercure :

« 5° Que l'iodure de potassium doit être regardé comme le remède par excellence dans des cas où des préparations mercurielles ont échoué, et que réciproquement celles-ci peuvent guérir des maladies qui se sont montrées réfractaires à l'iodure de potassium. »

A. Boutigny,
pharmacien à Paris.

SUBSTITUTION DU BROMURE DE POTASSIUM A L'IODURE DE POTASSIUM.

M. Menier a signalé récemment une fraude qui s'exerce en grand et qui mérite une sévère répression. Pendant longtemps le brome et les bromures ont été d'un prix très-élevé, tandis que l'iode et les iodures ont pu s'abaisser à celui de 24 fr. le kilogramme. Mais la grande consommation qui s'est faite depuis trois ou quatre ans des iodures en ayant élevé le prix jusqu'à 130 à 140 fr. le kilogramme, tandis que le brome et les bromures se sont abaissés à 80 ou 96 fr., on a cherché à falsifier l'iodure de potassium avec le bromure ; la quantité de bromure de potassium jetée dans le commerce par cette fraude a été de plus de 150 kilogrammes qui, au prix de 120 fr., représentent une somme de 18,000 fr.

Les pharmaciens doivent donc être avisés de cette fraude ; ils doivent essayer les iodures qu'ils ont reçus, pour savoir s'ils sont purs.

Du reste, M. Ricord essaye en ce moment à l'hôpital des Vénériens le bromure de potassium comparativement avec l'iodure. Nous ferons connaître les résultats.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OPÉRATION DE BEC-DE-LIÈVRE CONGÉNIAL, PRATIQUÉE D'APRÈS LE PROCÉDÉ OPÉRATOIRE DE M. LE PROFESSEUR PAUL DUBOIS.

La femme Duhamel, âgée de vingt-sept ans, accouche de son troisième enfant, le 27 décembre dernier ; il est du sexe masculin,

d'une constitution assez vigoureuse; mais il est affecté d'un bec-de-lièvre double. Le côté droit de la lèvre supérieure est fendu complétement jusque dans la narine et laisse voir les os maxillaires écartés l'un de l'autre dans toute l'étendue de la voûte palatine jusques et y compris le voile du palais. Le côté gauche de la lèvre supérieure présente une fente moins étendue, mais cependant assez profonde; par cette disposition des deux fentes, un lobule est formé au milieu de la lèvre et la sépare en trois parties. Le nez est large, l'aile droite est déprimée, aplatie.

L'enfant ne peut prendre le sein de sa mère, toutes tentatives de succion de sa part deviennent infructueuses; il faut l'allaiter en lui donnant à boire avec une cuiller, encore le lait est-il souvent rejeté en partie par les fosses nasales.

Je fus consulté immédiatement par la famille. Quelque temps auparavant, j'avais lu avec intérêt la communication verbale de M. P. Dubois à l'Académie de médecine, dans sa séance du 27 mai dernier, et j'avoue que, sans l'autorité de ce praticien, je n'aurais certes pas tenté l'opération du bec-de-lièvre dans un âge aussi tendre.

Le bec-de-lièvre étant double, je pratiquai l'opération en deux temps; la première fut faite le 30 septembre, quatre jours après la naissance. Je commençai d'abord par opérer le côté droit, c'était celui qui présentait le plus d'intérêt à cause de la difformité repoussante qu'il offrait à la vue. Le bord gauche de la division était très-court, peu extensible; le pli de la membrane muqueuse fut détaché du bord alvéolaire par une incision de quelques millimètres; des pinces à disséquer servirent à maintenir le fragment de lèvre pendant que j'en coupais le bord obliquement de bas en haut et de dehors en dedans par un seul coup de ciseaux; je procédai de la même manière sur le côté opposé, je réunis les deux plaies avec une épingle à insectes placée comme de coutume à la partie inférieure et maintenue par un aide au moyen d'une anse de fil ciré, pendant que j'implantais une seconde épingle au-dessous du nez. Je suivis de point en point les prescriptions de M. Paul Dubois, c'est-à-dire que les fils furent remplacés le lendemain par d'autres moins serrés; que la première épingle fut retirée soixante-douze heures après l'opération, et la seconde au bout de quatre-vingt-seize heures. La cicatrice était linéaire, solide, et, le 13 octobre suivant, je pus pratiquer le second temps de l'opération.

Chaque fois, les opérations furent suivies du vomissement d'un caillot de sang dans le courant de la journée et de selles sanguinolentes le lendemain, mais la santé de l'enfant ne fut pas altérée, les fonctions digestives s'effectuèrent sans encombre, le sommeil ne fut point interrompu.

L'allaitement maternel ne put avoir lieu à cause de l'hiatus formé par l'écartement des os maxillaires.

L'enfant avait témoigné par des cris très-énergiques de la douleur qu'il avait ressentie au moment de l'opération, et, chose étonnante, dans un âge aussi tendre, ses cris recommençaient aussitôt qu'une cause étrangère à son alimentation venait toucher très-légèrement les fils qui maintenaient les bords de la plaie ; pour éviter qu'il ne vînt à déranger les épingles et à produire un arrachement de la lèvre avec ses mains, je lui fis maintenir les deux bras avec une serviette croisée sur la poitrine.

Aujourd'hui, les cicatrices sont presque linéaires, la lèvre offre une configuration qui n'a rien de repoussant, le nez reprend la rectitude qui lui manquait ; mais l'enfant dépérit, privé du lait de sa mère ; son alimentation n'a pas été bien dirigée, des aliments grossiers et indigestes ont développé un engorgement des ganglions mésentériques qui me fait craindre une terminaison funeste.

Janvier 1846. BAUDON,
Médecin des épidémies de l'arrondissement de Clermont (Oise).

CE QUE L'ON APPELLE PRÉDISPOSITION A LA PHTHISIE PULMONAIRE A POUR CARACTÈRE LA PLÉTHORE VEINEUSE ET SURTOUT LA PLÉTHORE DU SYSTÈME VEINEUX ABDOMINAL.

Des praticiens prétendent que les tubercules une fois développés dans la trame pulmonaire, la maladie, quoi que l'on fasse, se termine d'une manière fatale, ou que si, dans des cas extrêmement rares, la guérison a lieu, la nature en a seule le mérite, l'art n'ayant rien à revendiquer dans cette circonstance. J'affirme avec ferme conviction qu'ils sont dans une funeste erreur.

On admet généralement aujourd'hui que, dans l'immense majorité des cas de phthisie pulmonaire, un état général morbide a préexisté au dépôt anormal. Il doit paraître également incontestable que cet état, que l'on qualifie vaguement de prédisposition à la phthisie, est plus facilement curable que cette maladie elle-même. Mais quel est-il ? Et cherche-t-on à le combattre ?

L'enfant du phthisique, qui apporte avec lui en naissant le germe héréditaire, présente un abdomen volumineux ; ce qui tient à la pléthore veineuse abdominale, et une coloration bleu de perle de la sclérotique, congestion veineuse sous-scléroticale des petites ramifications vasculaires qui composent la choroïde.

Ces propositions peuvent se traduire plus simplement de la manière suivante : ce que l'on appelle jusqu'à ce jour prédisposition à la phthisie n'est autre chose que la pléthore veineuse générale, surtout celle du système veineux abdominal.

Le jeune prédisposé peut vivre en cet état plusieurs années sans que sa santé en soit sensiblement altérée. Cependant le médecin sera consulté à l'occasion de quelques engorgements glanduleux ou de rhumes fréquents auxquels cet enfant est très-sujet, ou encore, mais plus rarement, pour des fièvres intermittentes auxquelles il est aussi plus disposé qu'un autre.

On sait que dans le jeune âge les tubercules se développent le plus souvent dans les glandes. S'ils prennent élection de domicile dans des glandes superficielles comme les sous-maxillaires, l'affection est manifeste; mais trop communément traitée pour simplement locale. S'ils sont, au contraire, déposés profondément, comme dans les glandes bronchiques, il peut arriver qu'ils ne soient pas même soupçonnés. On cherche à calmer l'élément toux par des loochs et des sirops; puis, en raison de ce que l'enfant est faible, on prescrira, il est vrai, une alimentation substantielle, on dira aussi de le soustraire au froid humide, et alors la mère, dont la sollicitude deviendra ici inintelligente, tiendra son enfant dans le plus grand repos possible, dans une chambre fortement chauffée ; elle évitera même d'en renouveler l'air et de laisser le jeune malade prendre de l'exercice au dehors.

La coloration bleu de perle de la sclérotique se rencontre rarement sans la congestion veineuse abdominale. La première de ces manifestations morbides n'est en effet qu'un corollaire de la seconde.

Ainsi, lorsqu'un enfant portant des glandes tuméfiées, ou sujet à de fréquents rhumes, présentera en même temps un abdomen volumineux, il y aura lieu de supposer que l'affection n'est pas purement locale. L'état du ventre étant certes plus alarmant que celui pour lequel le médecin aura été appelé, la prédominance veineuse doit être combattue sans retard.

Je dis plus; lorsqu'un enfant, après avoir présenté ou non des engorgements glanduleux, aura eu l'abdomen proéminent pendant plusieurs années, la phthisie pulmonaire sera plus imminente chez lui que chez un autre, toutes choses égales d'ailleurs.

Les moyens à opposer à la pléthore veineuse seront surtout de l'ordre de ceux qu'on appelle généraux ou hygiéniques ; ils seront néanmoins efficacement secondés par certains agents médicamenteux. Je vais donner un court aperçu des uns et des autres.

On placera le jeune malade dans toutes les conditions qui devien-

draient exigibles si la phthisie était déclarée : 1° gilet de flanelle ; 2° séjour à la campagne ; 3° promenades tous les jours à pied ; 4° changer de lieu au moins quinze jours par an ; 5° alimentation substantielle et variée ; 6° suivant le besoin, joindre à ces moyens hygiéniques un ou deux verres d'infusion de feuilles de noyer, et enfin, lorsque la maladie a résisté plusieurs mois, joindre par verre d'eau de noyer vingt-cinq centigrammes d'iodure de potassium.

Lorsque arrivera pour notre jeune sujet le moment de faire choix d'une profession, puisse-t-il éviter celles qui nécessitent une existence sédentaire ou recluse ! Le défaut d'exercice ou d'air pur lui deviendraient éminemment pernicieux.

E. Bernardeau, D. M. P.
à Tours.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique du magnétisme et du somnambulisme, *par M.* Aubin Gautier.

Comme toutes les épizooties, le magnétisme a ses recrudescences. Depuis Mesmer, qui l'inventa, jusqu'à Mlle Hortense, qui a quitté les bords du Gange pour venir émerveiller les salons de Paris de sa lucidité fatidique, le magnétisme a eu bien des fortunes diverses. Tour à tour honni et exalté, s'il tombe toujours, toujours il se relève. Les fortes têtes, les logiciens de l'endroit, concluent de ce fait que le magnétisme est une réalité positive mêlée à de nombreuses erreurs, mais qui en somme finit toujours par triompher des obstacles de toutes sortes qu'elle rencontre sur sa route. Pour nous, sans nier l'action du magnétisme, ni d'une manière absolue la légitimité de cette induction, nous avouerons qu'en fait de réalités, nos conclusions ne vont pas aussi loin, et la distance qui sépare celles-ci des affirmations si explicites des thaumaturges modernes, nous l'expliquons par un fait au moins aussi authentique que celui du fluide universel, c'est à savoir, la crédulité humaine.

Si ces lignes tombent par hasard sous les yeux de M. Aubin Gautier, nous craignons bien qu'il ne nous applique, à nous aussi profane, ces paroles qu'il fulmine quelque part contre les incrédules : « En vérité, je vous plains, si vous comptez passer ainsi votre vie : incrédule, ignorant, paresseux, vous n'êtes pas un homme, et ce n'était pas la peine de vous donner une âme, puisque vous vous mettez au rang des animaux. » N'importe, au risque de subir l'avanie de cette apostrophe légèrement

brutale, nous avons dit ce que nous croyons la vérité, et nous nous en tenons là.

Voilà ce que nous pensons du magnétisme, voici maintenant ce que nous pensons du livre de M. Gautier.

Pour ce qui est de la forme d'abord, l'auteur a soin de nous avertir dans sa préface qu'il écrit avec une grande facilité : c'est là une qualité réelle, mais qui devient un défaut quand on s'y laisse trop facilement aller. Ce que M. Gautier, dans sa tendresse bien légitime pour la chair de sa chair, les os de ses os, appelle style facile, premier jet, inspiration, nous craignons que d'autres ne le caractérisent d'une manière un peu plus sévère. Quant au fond, nous approuvons fort l'auteur de s'être moqué des aristarques, qui le blâmaient de ne faire de son livre qu'une compilation, et de s'être borné à reproduire dans sa pureté native la tradition de la science magnétique, telle qu'elle est sortie des travaux de Mesmer, de Deleuze, etc. Ce n'est qu'en l'appuyant sur le passé qu'on prépare l'avenir d'une science. Cette méthode d'ailleurs prouve de la conviction, et ne saurait nuire à la destinée d'un livre.

Ce serait donc un travail que d'indiquer seulement les divisions principales du livre de M. Gautier ; aussi nous nous contenterons de dire que toute la science magnétique s'y trouve déroulée dans une série de mirifiques tableaux ; nous devons même conseiller à l'honnête lecteur qui voudrait parcourir ce cycle merveilleux de la science de Mesmer, de se surveiller avec quelque attention ; le vertige peut prendre à la vue des horizons sans limites qu'embrasse cet organum nouveau. Il n'est pas toujours facile en pareille matière de distinguer l'hallucination d'une conviction commençante.

Au reste, l'auteur n'emploie pas toujours, pour convaincre, les formes abruptes dont nous avons plus loin cité un exemple ; à la fin de son livre il devient câlin, insinuant ; il passe la main sur le dos aux gens qu'il veut amener à ses doctrines ; il appelle le prêtre mon père, et il adresse aux médecins ces paroles toutes confites en bonté, comme disait La Fontaine :

« Soixante-dix ans d'expérience, de nombreuses guérisons, des travaux utiles et consciencieux, clairs et précis, ne permettent plus de douter de l'action curative du magnétisme, et de l'utilité anthropologique et médicale du somnambulisme. Il s'agit seulement de déterminer par quels hommes la nouvelle méthode pourra être mise en exercice, et je viens appeler votre attention sur ce point, car la dignité du médecin ne lui permet pas de s'allier à tout le monde ; et pour que le magnétisme puisse être conseillé par la médecine, il faut que dans l'exécution elle puisse se reposer sur des hommes capables. Dites un

mot, aussitôt le gouvernement français va suivre vos avis, et circonscrire en des mains dignes du grand art de la médecine l'exercice du pouvoir auxiliaire que Mesmer nous a révélé. » Ainsi soit-il.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Engorgement farcineux du genou : fait curieux. — La question pathologique la plus importante qui ait occupé les médecins dans ces dernières années est celle du farcin aigu chez l'homme. C'est M. Rayer qui l'a posée, c'est lui qui l'a résolue. La science doit à l'esprit investigateur de ce savant cette triste et cruelle vérité, mais fort utile à connaître : que la morve et le farcin sont contagieux du cheval à l'homme. Nous avons à plusieurs reprises parlé des caractères et de la marche de cette redoutable maladie. Nous ne voulons pas aujourd'hui la décrire de nouveau, mais nous voulons établir, en donnant les principales circonstances d'un fait remarquable et curieux qui vient d'être observé dans les salles de M. Rayer, que les symptômes spéciaux de la maladie peuvent manquer dès le principe ; que tout peut se borner, dans les premiers jours, à un symptôme local consistant dans un engorgement dont il est important de ne pas méconnaître la nature farcineuse pour le pronostic surtout. Mais le diagnostic est difficile, et l'on ne peut y arriver, comme dans la circonstance présente, que par l'ensemble des symptômes, en appréciant le cas par méthode d'exclusion, quant à l'affection locale, et principalement par le commémoratif et les circontances individuelles où se trouvait le sujet. Ainsi, le malade dont il est question est entré à la Charité, au n° 7 de la salle Saint-Michel, avec un engorgement du genou gauche venu spontanément sans violence intérieure, sans piqûre, sans excoriation d'aucune espèce. L'inflammation est diffuse, phlegmoneuse, empâtée, avec légère fluctuation ; il n'y a aucune nodosité, ni éruption ; œdème de la jambe et de la cuisse. La fièvre est vive, le malade prostré, le facies altéré. L'affection locale ne peut rendre compte de la gravité des symptômes généraux. Cet homme a vingt-huit ans et est bien constitué ; mais une circonstance particulière existe : il est écarrisseur. A la vue de cet ensemble de phénomènes insolites, M. Rayer a pensé au farcin ; mais n'ayant pas vu encore de cas semblables chez l'homme, il s'est abstenu d'un jugement définitif, en exprimant cependant sa pensée par ces mots : « Si c'était un cheval, je ne serais pas embarrassé : ce serait

le farcin. » Le malade a été observé et suivi avec soin par l'interne de ce service, M. Villemin. Au bout de quelques jours, la maladie s'est démasquée, et la prévision de M. Rayer s'est trouvée exacte. Une éruption caractéristique du farcin s'est développée sur différentes parties du corps, les bras, le trone, la face; des bulles de différentes grosseurs remplies les unes de pus, les autres de sérosité, se remarquent autour du genou; il n'y a plus de doute, c'est le farcin, et l'engorgement primitif était un engorgement farcineux. Cependant il n'y avait rien de particulier apparent ni vers les fosses nasales, ni vers la gorge. L'état général s'est rapidement aggravé à partir du développement de l'éruption, et le malade a succombé. A l'ouverture, on a trouvé le cachet de la morve aiguë, des ulcérations pathognomoniques sur la muqueuse des fosses nasales et une ulcération de même nature sur l'épiglotte.

Coxalgie. Raccourcissement considérable du membre sans luxation de la tête du fémur. — Le fait suivant, que nous ne ferons qu'indiquer succinctement, nous a paru présenter un grand intérêt pratique, principalement sous le rapport du diagnostic. Le nommé Loisel, âgé de trente-trois ans, tailleur de pierre, ressentit pour la première fois, le 20 juin 1845, un sentiment de fatigue et de gêne dans l'articulation coxo-fémorale gauche ; il n'y avait eu antérieurement ni coups ni chute, ni excès de marche qui pussent expliquer cet état de la jointure : aucune affection rhumatismale ou vénérienne n'avait préexisté. Malgré cette douleur, qui ne s'accompagnait ni de gonflement ni de chaleur à la peau, Loisel continua à travailler tout en souffrant, surtout quand il lui arrivait de se reposer. Bientôt les mouvements de flexion et d'extension de la cuisse sur le bassin devinrent de plus en plus douloureux, et l'articulation était tellement raide que, Loisel ne pouvait plus monter à l'échelle. Ce fut en cet état que, dans les premiers jours de janvier 1846, il entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Blandin. A cette époque, la claudication était très-marquée et la mensuration comparative des deux cuisses démontra pour celle du côté gauche un raccourcissement de près de cinq centimètres. Les deux membres furent mesurés après avoir été placés dans l'extension sur le bassin, le malade étant couché. Pour expliquer ce raccourcissement considérable, on fut tenté de croire qu'il y avait luxation de la tête du fémur ; mais l'examen le plus minutieux de l'articulation, et les rapports normaux du trochanter avec l'épine iliaque antérieure de l'os des iles, firent bientôt rejeter cette manière de voir. D'où provenait alors le raccourcissement? M. Blandin l'attribua à une diminution de volume, à

une sorte d'atrophie de la tête du col du fémur, et à la dépression du fond de la cavité cotyloïde : ce qui dut faire admettre cette dernière cause du raccourcissement, ce fut la tumeur hémisphérique arrondie, dure, incompressible et fixe, que par le toucher on sentait très-distinctement en regard de la cavité cotyloïde dans l'intérieur du bassin. Quant au traitement suivi contre cette coxalgie, M. Blandin s'est borné jusqu'à présent, et vu l'absence de toute douleur, à faire garder au malade le repos le plus absolu dans la position horizontale ; le membre abdominal gauche maintenu dans l'extension continue au moyen de deux longues cravates en toile, dont l'une, appliquée par son plein sur la partie postérieure de la poitrine, a ses deux extrémités ramenées sous chaque aisselle, d'où elles vont se fixer à la tête du lit ; l'autre embrasse le cou-de-pied dans un double tour, et est solidement nouée au pied du lit. Le premier de ces liens agit comme puissance contre-extractive ; le second opère l'extension. Depuis trois semaines que l'appareil est appliqué, M. Blandin remarque déjà que le raccourcissement du membre est moindre. Il se réserve d'ailleurs d'agir autour de l'articulation par des moyens appropriés, si des indications ultérieures l'exigent.

Inflammations phlegmoneuses du bassin. — Une épidémie fort singulière, et nous ne pouvons que lui donner ce nom, vu le nombre de cas identiques qu'on a observés et qu'on observe encore dans plusieurs services des hôpitaux, frappe les nouvelles accouchées. C'est une inflammation phlegmoneuse du bassin tendant à l'abcès. Nous en avons observé jusqu'à huit exemples dans les salles de M. Rayer, à la Charité. M. Valleix en a deux dans son service de l'Hôtel-Dieu annexe. Les nouvelles accouchées, qui sont menacées d'un phlegmon du bassin, commencent par éprouver une douleur plus ou moins vive, quelquefois obtuse dans l'hypogastre, et presque toujours aussi une douleur dans l'une des fosses iliaques. D'autres fois, elle existe plus profondément dans l'excavation pelvienne. Le ventre devient tendu, volumineux, douloureux à la pression. Mais il n'est pas toujours possible de découvrir une tumeur en explorant l'hypogastre, soit parce qu'elle n'a pas encore acquis un volume assez considérable pour devenir appréciable, soit parce que l'utérus, qui n'est pas revenu complétement sur lui-même, masque l'engorgement phlegmoneux. En même temps que ces phénomènes locaux se dessinent ou restent obscurs, on observe des frissons irréguliers, une fièvre continue, quelquefois des nausées et des vomissements, les lochies diminuent ou se suppriment complétement.

Ces affections tendent manifestement toutes vers la suppuration ;

l'essentiel est d'arrêter la marche vers cette terminaison fâcheuse, car, la suppuration une fois formée, il faut qu'elle s'ouvre une issue, ce qui a lieu le plus souvent par l'intestin ou par le vagin. On sait que M. Récamier a ouvert avec succès par le vagin, avec l'instrument tranchant, ces tumeurs fluctuantes; l'on peut à cet égard consulter un article consigné dans ce recueil, t. XIX, p. 330.

M. Rayer croit être parvenu, par le traitement qu'il emploie, à prévenir la terminaison par la suppuration. Nous ferons connaître ce traitement avec détail dans notre prochaine livraison, en rapportant quelques observations. Cette méthode consiste dans les saignées générales et l'application de larges vésicatoires sur la partie, siége de la tumeur.

Névralgie du plexus brachial. — Isidore Lecat, âgé de quarante-six ans, exerce la profession de musicien ambulant. Pendant les derniers jours du mois de décembre 1845 il a voyagé à pied par un temps pluvieux, et il a conservé des habits humides pendant quatre jours, sans pouvoir changer de vêtements. A cette époque, il a déjà senti quelques douleurs sourdes dans l'épaule et dans le bras du côté gauche. Néanmoins, il a pu continuer de se livrer à ses occupations. Le 12 janvier 1846, une douleur très-vive s'est manifestée dans la partie latérale gauche du cou; en même temps celles de l'épaule et du bras ont augmenté d'intensité. A cette même époque, le malade a éprouvé une céphalalgie occupant le côté gauche de la tête, et qui a présenté depuis ce moment des exacerbations plus ou moins marquées à différentes reprises. Il en a été de même des autres douleurs depuis le jour où elles se sont manifestées jusqu'à celui où le malade est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Lazare, 21. Le 24 janvier, jour de l'entrée du malade, nous avons constaté les symptômes suivants : douleur occupant la région cervicale latérale gauche, empêchant les mouvements du cou, et singulièrement augmentée par la pression exercée au niveau des branches d'origine du plexus brachial. De là, la douleur se répand dans le côté gauche de la tête, dans l'épaule, le bras, l'avant-bras, et jusqu'à l'extrémité des doigts. La douleur a plus d'intensité à l'épaule, au coude et au poignet que dans les autres points. En cherchant à préciser les muscles auxquels elle se distribue, ce qu'on peut très-bien faire par la pression exercée sur ces parties, on voit qu'elle siége sur tous les muscles de la partie latérale gauche du cou, sur le deltoïde, les sus et sous-épineux, le trapèze, tous les muscles du bras, et surtout le biceps, ceux de l'avant-bras. La pression exercée sur le trajet des gros troncs nerveux exaspère singulièrement la douleur et arrache des cris au malade.

Il se joint à ces symptômes un phénomène qui paraît en contradiction avec les précédents, mais qui n'en est pas moins réel, c'est une diminution de la sensibilité dans les téguments du membre, très-notable surtout dans ceux de l'avant-bras, où un fort pincement attire à peine l'attention du malade. — Le 25 janvier, on a appliqué 25 sangsues sur la partie latérale gauche du cou. Le 26, le malade dit qu'il n'a été que très-peu soulagé par les sangsues. Il est survenu, dans le point où l'application en a été faite, un gonflement œdémateux avec quelques symptômes inflammatoires à la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané; la peau est d'un rouge assez vif, le tissu cellulaire semble renfermer un peu de liquide infiltré; il est mobile, et il n'offre nullement la tension phlegmoneuse. — On a fait une nouvelle application de 20 sangsues à la suite de laquelle la douleur a présenté un amendement notable. Des cataplasmes ont suffi pour la faire disparaître complétement. Le malade est sorti guéri à la fin du mois de janvier.

Opération de spina-bifida. — M. le professeur Roux a fait à l'Hôtel-Dieu une opération qu'il n'avait jamais pratiquée encore, c'est l'opération du spina-bifida, d'après la méthode de M. Barboust.

Le sujet était un enfant de trois mois. Il portait depuis sa naissance, à la partie moyenne du sacrum, une tumeur du volume d'une pomme ordinaire : son diamètre était d'environ 9 centimètres ; sa hauteur, mesurée au-dessus de la peau, de 3 à 4. La forme était arrondie; la peau était amincie et assez diaphane pour laisser voir à travers la tumeur mieux que dans l'hydrocèle.

Deux incisions semi-elliptiques ont été disposées de manière à se réunir en haut vers la base du sacrum et en bas près du coccyx, et à aisser entre elles un tiers environ de la peau formant la saillie et destinée à être enlevée. Un flot de liquide transparent et inodore est sorti. Dès que l'ouverture a été assez ample, le doigt a été introduit, et, dans le centre même de la partie la plus profonde, la pulpe a rencontré l'ouverture vertébrale d'un centimètre, dans laquelle un fragment d'éponge, fixé à un fil, a été placé et maintenu par le doigt d'un aide, pour s'opposer à l'entrée de l'air, du sang, etc. L'incision du côté droit terminée, les ciseaux ont servi à enlever le fragment de peau elliptique en coupant du côté opposé. La plaie a été rapidement épongée et réunie par des points de suture enchevillée. Quatre grandes aiguilles, comprenant 2 centimètres de peau, réunies avec des fils plats passés et entre-croisés un grand nombre de fois, ont rapproché très-exactement les lèvres de cette grande plaie. Avant l'application de la

dernière aiguille, qui était la troisième en remontant, l'on a eu la précaution de retirer l'éponge obturatrice et d'exercer sur le point correspondant au trou vertébral une pression convenable avec les doigts jusqu'à la fin de l'opération, qui a duré une demi-heure, et a arraché tout ce temps des cris à ce malheureux enfant. Le professeur, pour son manuel opératoire, s'est exactement renfermé dans les détails contenus dans la lettre de M. Barboust, dont il avait donné communication aux élèves, avant de commencer cette opération nouvelle, qui a été exécutée du reste avec une grande habileté. Quel sera le résultat de cette tentative? Il est à craindre qu'il ne soit pas heureux. Nous le ferons connaître.

Polype du sinus maxillaire droit et de la fosse nasale correspondante, avec paralysie partielle de la face. — Le nommé Chabert, peintre en bâtiments, âgé de quarante-deux ans, doué d'une assez forte constitution, se rappelle que, depuis sa jeunesse, il a souvent ressenti de la gêne dans les fosses nasales; il était, dit-il, presque constamment enchifrené. Il y a une quinzaine d'années que cette gêne, surtout dans la respiration, étant devenue plus considérable, il consulta un médecin qui lui pratiqua l'extraction de plusieurs polypes. Après cette opération, Chabert trouva que la narine gauche était bien dégagée, mais il ajoute qu'il ne cessa jamais d'éprouver de l'embarras dans celle du côté droit; de ce côté il ne respirait pas librement. Cet embarras fit des progrès lents, mais incessants, jusqu'au point de devenir intolérable, ce qui décida le malade à consulter de nouveau, dans les premiers jours de janvier 1846. A plusieurs reprises, un chirurgien porta dans la fosse nasale ainsi obstruée des pinces à polype. Plusieurs fragments d'un tissu charnu, mollasse, rouge, furent extraits avec effusion de sang très-considérable. C'est peu de jours après que Chabert entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Blandin. Alors on remarquait un développement assez notable de la narine droite, en même temps que l'œil du même côté faisait une saillie inaccoutumée; le globe oculaire était surtout remonté, comme si une pression s'exerçait sur lui de bas en haut. Un gonflement manifeste existe sur la face, au point correspondant au sinus maxillaire. Le doigt, porté dans l'arrière-gorge et ramené sur l'orifice postérieur de la narine, y sent un corps mou et un peu mobile qui semble se continuer dans la fosse nasale.

La tuméfaction de la région pro-maxillaire s'est développée à la suite de l'opération récemment pratiquée. Un phénomène remarquable qui est survenu, de plus en plus évident chaque jour depuis cette même opération, c'est la paralysie de toute cette même région sous-orbitaire

de la face. On peut implanter une épingle dans la moitié droite de la lèvre supérieure sans que le malade ait conscience de ce qui se passe. Le bord muqueux de la moitié de cette lèvre est également insensible. Cette paralysie s'étend sur l'aile du nez pour cesser très-exactement sur la ligne médiane ; elle occupe la paupière inférieure et disparaît au voisinage de l'angle orbitaire externe. Il faut noter que depuis son entrée à l'hôpital, Chabert a subi deux tentatives d'extraction de son polype; chaque fois M. Blandin a extrait des parcelles de tissu fongueux, mollasse, qui s'écrasaient avec une grande facilité entre les mors des pinces. On a remarqué qu'à la suite de chacune de ces opérations, le gonflement de la face a augmenté ; il est bien évident que cette paralysie est due à la compression du nerf maxillaire supérieur, et que le polype communique avec la cavité du sinus dont il a dû détruire la paroi interne. Depuis quelques jours cette cavité est traversée par des douleurs assez vives. M. Blandin se propose d'attaquer la maladie dans le sinus lui-même, et c'est le seul parti qu'il soit rationnel d'adopter.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ACUPUNCTURE (*Fracture de cuisse non consolidée au bout de six mois, et guérie au moyen de l'*). Le fait suivant, qui s'est passé dans le service de M. Lenoir, à l'hôpital Necker, contient pour la pratique un enseignement fort utile : il s'agit d'un homme chez lequel, au bout de six mois, une fracture de la partie moyenne du fémur n'était pas encore consolidée. Traitée par l'appareil amidonné pendant les deux premiers mois qui suivirent l'accident par lequel elle fut produite, elle fut soumise ensuite, et sans plus de succès, au traitement par l'appareil à extension continue. Ayant jugé l'impuissance de cet appareil à opérer la soudure des fragments qu'il avait trouvés très-mobiles, lorsque le chirurgien, auteur des premiers pansements, le fit appeler, M. Lenoir se détermina à pratiquer l'acupuncture : le membre fracturé restant soumis à l'action de l'appareil extensif, le chirurgien de l'hôpital Necker enfonça d'abord quatre longues aiguilles entre les fragments ; il se guida, pour cette introduction, sur la saillie que faisait le fragment supérieur au côté externe de la cuisse.

De cette façon, on fut assuré de toucher exactement dans l'espace intermédiaire aux fragments. Cette opération fut suivie d'un gonflement inflammatoire de la partie muqueuse de la cuisse, et d'une suppuration autour des aiguilles laissées à demeure; quand cette inflammation fut un peu apaisée, M. Lenoir introduisit quatre nouvelles aiguilles : ayant jugé le degré d'inflammation qu'il cherchait à produire, suffisant pour que l'état des extrémités osseuses fût convenablement modifié, l'opérateur retira les aiguilles, en laissant toutefois le membre dans l'appareil à extension, comme s'il se fût agi d'une fracture simple; seulement, on prolongea davantage le temps de son application. — Sous l'influence de ce traitement, la fracture s'est complétement consolidée au bout de trois mois. Néanmoins, on fit encore usage pendant quelque temps de l'appareil ordinaire. Aujourd'hui le membre a sa direction normale ; il a perdu en longueur 3

centimètres. Le col est volumineux : il reste l'ankylose du genou ; mais la rotule est mobile, et tout fait espérer que cette articulation pourra, avec le temps, recouvrer ses mouvements. (*Gaz. méd.-chirurg.*, janvier 1846.)

APHONIE NERVEUSE *durant depuis deux mois, guérie par le tartre stibié.* — M. le docteur Cérise a recueilli l'intéressante observation que voici : Mlle E..., âgée de quarante ans, d'une constitution extrêmement nerveuse, éprouve des émotions très-vives pour les causes les plus légères, et se trouve, par suite de cette disposition, dans un état de surexcitation continuelle.

Un jour, à la suite d'une de ces vives émotions dont sa vie est sans cesse troublée, la voix est tout à coup éteinte, et une aphonie complète se déclare. Déjà ce phénomène s'était produit une fois et avait cédé à la saignée.

Il n'en fut point de même cette fois ; la saignée fut pratiquée, et l'aphonie persista ; la cautérisation ammoniacale fut tentée sur le pharynx, et n'amena aucun changement. Les antispasmodiques les plus énergiques furent employés, l'assa-fœtida en particulier, et sans succès.

Deux mois s'écoulèrent ainsi. M. Cerise tenta le tartre stibié, à la dose émétique de 10 centigrammes dans 90 grammes d'eau distillée. Ce moyen eut un prompt résultat ; à peine les premiers efforts de vomissement eurent-ils lieu, que la voix reprit son timbre accoutumé, et la guérison s'est maintenue.

Le tartre stibié, dans cette circonstance, a-t-il agi en faisant cesser un embarras gastrique? Bien évidemment non, car cet embarras n'existait point, et les matières vomies étaient en quantité fort peu considérable. A-t-il agi comme moyen perturbateur, en provoquant les efforts, les secousses propres au vomissement...? Cette explication paraît insuffisante à notre confrère ; il pense que ce remède héroïque a agi en excitant directement le nerf pneumo-gastrique, et, par le pneumo-gastrique, l'organe même affecté. (*Annales médic.-psychologiq.*, janvier 1846.)

AZOTATE DE POTASSE (*De l'*) *employé comme anti-périodique contre les fièvres intermittentes.* M. le docteur Briquet, à qui la thérapeutique doit de persévérantes et de consciencieuses recherches, a été guidé, dans la nouvelle étude dont il vient de publier les résultats, par l'identité de résultats obtenus quand on injecte l'azotate de potasse dans les veines, avec ceux qu'on obtient quand d'autres antipériodiques sont injectés. De plus, à dose élevée, l'azotate de potasse produit les mêmes effets que le sulfate de quinine dans les mêmes conditions. Enfin, on a prouvé, dans ces dernières années, que l'azotate de potasse pouvait, comme le sulfate de quinine, enlever les attaques intermittentes de l'arthrite rhumatismale. Ces analogies ont paru suffisantes à M. Briquet pour essayer l'emploi de ce médicament dans les fièvres intermittentes. — Cet essai porte sur cinq cas, dont voici l'exposition succincte.

Dans le premier, on voit une fièvre intermittente tierce, datant de dix jours, sans complication, avec accès d'intensité croissante. A la première dose du nitre, l'accès diminue ; à la troisième dose, il n'y a point de second accès ; le jour auquel le troisième accès aurait dû paraître, la malade est prise d'une angine tonsillaire qui, traitée par les simples émollients, suit sa marche ordinaire. La fièvre d'accès ne reparaît plus, et la malade sort de l'hôpital au bout de quelques jours.

Le second cas est relatif à une fièvre intermittente quotidienne de huit jours de durée, simple, malgré la tuméfaction de la rate. Pendant les trois premières journées du séjour à l'hôpital, on s'est borné à l'expectation, tout en plaçant le malade dans les conditions les plus favorables, afin de voir si la fièvre intermittente ne cesserait pas d'elle-même. Malgré ces précautions, les accès continuaient à venir, quoique avec moins d'intensité qu'avant. C'est alors qu'on administre l'azotate de potasse, et qu'on voit l'accès du jour suivant être complétement arrêté, et la fièvre ne plus reparaître.

Dans le troisième cas, il s'agit encore d'une fièvre quotidienne bien marquée, ne paraissant pas être en voie de décroissement, avec une tuméfaction légère de la rate. Le repos et le régime sévère prescrits pendant les deux premières journées, n'ont aucune influence sur la maladie ; puis, après la première dose du

sel de potasse, l'accès suivant diminue notablement d'intensité. A la seconde dose, la fièvre est arrêtée et ne reparaît plus.

On voit dans le quatrième fait une fièvre tierce, accompagnée de tuméfaction de la rate et de la cachexie spéciale, arrivée sans décroissement appréciable à son cinquième accès, lorsqu'on commence l'administration de l'azotate de potasse. L'accès qui a suivi la première dose du médicament a été moins fort que les précédents; après la troisième prise, le frisson a disparu; après la cinquième, la fièvre a été entièrement coupée.

Dans la cinquième observation on voit des accès de fièvre tierce qui cèdent d'abord au sulfate de quinine. Au bout de peu de temps, et pendant que le malade est au lit pour une affection éruptive très-légère, la fièvre intermittente reparaît. On laisse aller ces accès quelques jours, afin de bien constater leur marche, et de s'assurer qu'ils ne sont pas disposés à s'arrêter spontanément, puis on administre l'azotate de potasse. A la troisième prise, la fièvre est coupée et ce malade paraît guéri; cependant il faut noter que le volume de la rate n'avait pas notablement diminué. L'azotate de potasse a donc eu une action efficace non douteuse. Au bout d'une huitaine de jours et à l'occasion d'un refroidissement accidentel, la fièvre revient en accès d'abord quotidiens, puis tertiaires; c'est alors que le nitre, administré régulièrement à dose graduellement croissante, ne produisant aucun effet, on administra le sulfate de quinine qui, en deux prises, arrêta la fièvre.

Si ces faits, trop peu nombreux d'ailleurs, ne suffisent pas pour placer l'azotate de potasse au même niveau que le sulfate de quinine, ils prouvent néanmoins que ce sel a une action directe et marquée sur la fièvre intermittente. M. Briquet a pris toutes les précautions possibles pour ne pas attribuer au médicament ce qui n'est souvent que le résultat du repos et du régime. L'administration du médicament n'a été faite qu'après que deux ou trois accès avaient eu lieu à l'hôpital; il y a donc tout lieu de croire que le médicament n'a pas été étranger à leur affaiblissement et à leur cessation.

Le mode d'administration a consisté à donner le nitre soit en poudre dans du pain azyme, soit dissous dans un julep gommeux de 120 grammes, dans les six heures qui suivaient la fin d'un accès.

La dose a été de 4, 6, 8 grammes par jour. Chez un malade, M. Briquet a pu graduellement porter cette dose à 24 grammes. A ces doses le nitre n'a produit que des effets locaux très-prononcés. Il a été du reste mieux supporté en solutions qu'en poudre; quelquefois la langue s'est momentanément séchée, et chez deux malades seulement il y a eu de l'augmentation dans la quantité des urines. (*Gaz. méd.-chir.* n° 4, 1845).

BEGAIEMENT (*Considérations sur le*) *et son traitement*. M. le docteur Serres (d'Alais), à qui la pratique doit d'utiles et d'ingénieuses méthodes de traitement, qui a enrichi notamment ce journal du résultat de ses recherches, a lu devant l'Académie des sciences un mémoire fort intéressant sur le bégaiement. Les récidives à la suite des tentatives faites pour guérir cette infirmité, ont été si nombreuses, les cures ont été si rares et surtout si contestées, qu'il a cru convenable de faire connaître les véritables causes de ces récidives, les conditions sans lesquelles il n'y a pas de succès possible, en exposant un système de guérison jugé par une longue expérience faite sur lui-même.

Les principes sur lesquels ce système repose sont les suivants : 1° une volonté inébranlable; 2° l'équisyllabisme; 3° les gestes régulateurs et modulateurs des sons.

L'indication la plus importante à remplir dans la cure du bégaiement et du bredouillement consiste à opposer l'ordre au désordre des syllabes, en mettant entre elles des intervalles égaux. La régularisation syllabique, entièrement conforme au sens général de la constitution de notre langue, longtemps mise en pratique, peut rendre les services les plus signalés, pourvu que l'on ait soin d'étendre largement les mouvements des muscles vocaux, afin de leur donner à la longue la docilité, la souplesse et la vigueur qui leur manquent.

Toutes les syllabes, les muettes exceptées, doivent prendre le même temps, être bien articulées et parfaitement liées entre elles. Voilà une règle fondamentale, avec laquelle il faut s'identifier et dont la monotonie sera atténuée par l'accent, l'intonation, l'écoulement lent ou rapide de

certains groupes de syllabes, conservant entre elles, cependant, des espaces relativement égaux.

L'action seule de l'intelligence ne peut toujours suffire à la régularisation des syllabes; de là la nécessité d'avoir recours aux mouvements des diverses parties du corps.

M. Serre distingue les gestes, sous ce rapport, en gestes régulateurs et gestes modulateurs. A la première difficulté de prononciation, il devient indispensable d'avoir recours aux mouvements de la main ou de toute autre partie du corps, isochrones avec la sortie des syllabes; ce sont les mouvements régulateurs.

Puis, s'il devient utile d'élever mécaniquement la voix, de lui faire subir des inflexions et des modulations, ces mêmes gestes, convenablement renforcés, convertis en sorte de *pédales*, concourent à l'accomplissement de cette fonction physiologique.

En résumé, le système que M. Serre oppose au bégaiement est formulé dans les propositions suivantes, qui en feront ressortir les résultats généraux :

1° La plupart des vices de la parole, et en particulier le bégaiement, ne peuvent disparaître si les individus qui en sont atteints ne sont animés d'un désir très-grand d'en être débarrassés, et si ce désir ne les conduit à déployer une volonté inébranlable pour mettre toujours en œuvre, et pendant longues années, les moyens propres à les corriger.

2° L'équisyllabisme doit être employé et suivi d'une manière absolue, parce qu'il oppose, avec succès, l'ordre au désordre des syllabes.

3° Les gestes ne traduisent pas seulement nos sentiments et nos pensées, en formant ainsi le langage d'action supplémentaire de la parole; ils ont encore la mission de régulariser et de moduler le son, et, sous ce rapport, nous les avons divisés en gestes régulateurs et gestes modulateurs.

4° L'exercice et l'usage habituel de l'équisyllabisme secondé par ces gestes vocalisateurs, employés avec autant de sobriété que de convenance, ramènent la parole à l'état normal, et ceux-ci deviennent au besoin des agents mnémoniques et d'excitation éminemment utiles aux bègues, aux bredouilleurs et à tous les hommes qui veulent parler en public.

Le principe de l'équisyllabisme, modifié avec intelligence à l'aide de la ponctuation, de l'accent, de l'intonation, conduit inévitablement à l'ordre et à la netteté dans l'émission des syllabes, de telle sorte que pas une d'elles n'est perdue pour l'auditeur, dont l'attention ne se fatigue plus à les écouter.

L'intervention du geste régulateur et du geste modulateur réagit sur la voix d'une manière heureuse : d'une part, elle tend à s'opposer au désordre des syllabes en soutenant chacune d'elles, et de l'autre elle exerce une influence incontestable sur la solidité et l'intensité du son émis. La connaissance de cette action physiologique, méconnue jusqu'à nos jours, jette sur l'étude et l'emploi du geste une clarté toute nouvelle. Elle conduit naturellement à faire une part légitime à ses trois propriétés, et de plus à une meilleure intelligence de l'opportunité de son application, seul moyen d'arriver à la destruction de l'abus que l'homme tend à en faire. (*Compte-rendu de l'Acad. des sciences*, février 1845.)

CALCULS BILIAIRES *rendus à la suite d'un abcès à travers les parois abdominales.* M. Tampelini, docteur en médecine à Moulins, rapporte l'observation suivante. Un malade, âgé de soixante-neuf ans, avait été atteint, au mois de juin 1837, d'une pneumonie dont le siége était à la base du poumon droit, et qui présenta tous les phénomènes communs à cette maladie et à une inflammation concomitante du foie. Elle fut traitée par les émissions sanguines et les évacuants. La guérison fut prompte; jusqu'en juillet 1839 il resta cependant à cette époque au malade une douleur confuse dans l'hypocondre droit; cette douleur s'étant accrue, M. Tampelini fut consulté. Le teint du sujet était un peu ictérique, le foie était hypertrophié, mais il n'existait aucun des symptômes généraux indiquant la présence de calculs biliaires; les frictions mercurielles furent employées avec succès d'abord, puis le mal persistant fut combattu successivement par des émissions sanguines locales, les topiques émollients et calmants, jusqu'en 1842. Il survint alors une recrudescence dans la maladie; la région douloureuse augmenta de volume, il se forma une tumeur, laquelle abcéda et donna issue à du pus épais, d'un blanc sale, inodore. L'ouverture naturelle

de cet abcès resta fistuleose jusqu'en janvier 1844, époqoe à laquelle elle donna issue à un fragment de calcul biliaire, puis bientôt one cicatrisation de la plaie se forma avec cessation de tout accident; mais en juillet même année, des symptômes locaux reparurent et amenèrent la sortie d'un nouveau fragment de calcul s'adaptant très-bien au premier. Après quoi la plaie se cicatrisa de nouveau, et depuis lors le malade, âgé aujourd'hui de soixante-dix-sept ans, s'est toujours bien porté. Ces deux calculs, qui n'en forment qu'un à proprement parler, ont été reconnus, par l'analyse chimique, commo l'indiquaient déjà leurs caractères physiques, être composés de cholestérine. (*Travaux de la Société de médecine de Moulins pour* 1845.)

CAMPHRE (*Accidents qui peuvent résulter de l'emploi du*). Dans l'une des dernières séances de la Société médico-pratique de Paris, plusieurs membres ont cité des faits qui prouvent que le camphre est un médicament dont l'abus peut être extrêmement dangereux. M. Homolle a vu le cas d'un homme de trente-quatre ans, phthisique, qui, fatigué de la longueur du traitement, se procura le *manuel Raspail*, et suivit scrupuleusement les prescriptions relatées dans cet opuscule. Il prenait, entre autres, des grumeaux de camphre à la dose de trois grumeaux renouvelés quatre fois en vingt-quatre heures. Or, chaque grumeau pesant environ 10 centigrammes, la dose totale dépassait un gramme. Bientôt le malade éprouva une suffocation effrayante; des nausées presque continuelles et une anxiété extrême accompagnaient la dyspnée. Les battements du cœur présentaient une irrégularité, un développement et une force d'impulsion véritablement effrayants. Ces accidents, qni ne pouvaient être attribués qu'au camphre, cédèrent au repos, aux boissons acidules et aux topiques émollients. — M. Gaide a cité l'observation d'un homme qui prenait des doses énormes de camphre, et qui fut, à la suite de cette singulière habitude, atteint d'une angine pseudo-membraneuse fort grave, que tout permettait d'attribuer au camphre, et qui ne céda qu'à l'emploi des astringents les plus énergiques.

M. le docteur Blatin rapporte le fait suivant : un homme bien portant se fait une écorchure superficielle et de peu d'étendue à une jambe, en se heurtant légèrement contre une marche d'escalier. Cette plaie, située un peu au-dessus de la malléole externe, est pansée immédiatement avec une pommade fortement camphrée. Le surlendemain, un érysipèle phlegmoneux, avec fausse membrane de la petite plaie, se manifeste et occupe tout le tiers inférieur de la jambe. Un examen fort attentif ne peut faire découvrir d'autre cause que l'application réitérée et fort abondante de la pommade. Dès qu'elle a été supprimée, la chaleur et la douleur ont sensiblement diminué.

M. Le docteur Henri Labarraque a vu, chez un boucher aliéné, le camphre, à la dose de 30 centigrammes en vingt-quatre heures, déterminer des vomissements qui faillirent devenir mortels. — Ces faits prouvent de la manière la plus évidente que le camphre est un agent actif, toxique même, et capable d'entraîner de graves accidents. — N'est-il pas déplorable que l'autorité, gardienne de la santé publique, laisse le charlatanisme exploiter cet agent dangereux et en propager impunément dans toutes les classes de la société le funeste usage?

CANCER (*De l'emploi des caustiques dans le traitement du*). La pratique chirurgicale contemporaine s'est enrichie de deux puissants et précieux caustiques : le chlorure de zinc et la pâte de Vienne, qui ont été l'un et l'autre appliqués à la destruction des tumeurs et ulcères cancéreux. Ce n'est pas que la poudre de Rousselot ou pâte arsenicale du frère Côme ait été abandonnée dans ces cas. —Mais la question importante est de savoir si la repullulation du cancer a lieu plus souvent, quand on l'emporte avec l'instrument tranchant, que quand on le détruit à l'aide du caustique; si, parmi les caustiques, il n'en est pas un qu'on doive préférer. Une discussion intéressante a eu lieu à ce sujet à la Société de chirurgie; et l'opinion générale qui nous paraît avoir été admise, c'est que, lorsque la maladie est peu étendue et bien circonscrite, les caustiques peuvent être préférés à l'instrument tranchant; mais qne, quand elle occupe une grande surface, ils sont à craindre, par l'intoxication qu'ils peuvent produire.

Du reste, parmi les caustiques, il

en est dont l'action s'épuise sur la partie même qu'ils touchent, et d'autres qui sont absorbés, et agissent sur la masse du sang par suite de cette absorption. De ce nombre est la pâte arsenicale du frère Côme. MM. Robert et Manec recommandent de fractionner l'application de ce caustique. Les urines contiennent de l'arsenic peu de temps après la première application; il suffit d'attendre qu'elles ne charrient plus, pour recommencer sans danger l'emploi du moyen.

M. Robert a observé que l'absorption du chlorure de zinc avait lieu plus facilement par les surfaces cancéreuses que par les parties saines; de telle sorte qu'on pourrait dire que ce caustique est plus intelligent que l'instrument tranchant, qu'on croit souvent porter sur des parties saines, alors qu'en réalité on divise des tissus qui ont déjà subi l'influence de l'affection qu'ils environnent, tissus rougeâtres, signalés par Ledran, comme existant au pourtour des tumeurs cancéreuses. M. Robert est convaincu que souvent on laisse des parties malades. Il cite un cas dans lequel, ayant enlevé une tumeur cancéreuse, les parties environnantes comprises dans l'incision et qui lui avaient paru saines, furent examinées au microscope, et l'on y trouva des granulations de même nature. — Ce sont là des questions dignes de l'investigation des chirurgiens.

CYSTICERQUE DE L'ŒIL (*Nouvel exemple de*). Un nouvel exemple de cysticerque sous-conjonctival vient s'ajouter à ceux en petit nombre que la science possède. Il s'est présenté à la clinique de M. Sichel, chez un jeune garçon de sept ans et demi, pâle et lymphatique. La tumeur, qui existait à la partie supérieure interne de la conjonctive, un peu au-dessus du diamètre transversal du globe oculaire droit, à 3 millimètres de la cornée, datait de deux mois environ. Cette tumeur était globuleuse, un peu allongée cependant dans le sens transversal, transparente, avec un point opaque d'un blanc grisâtre au centre. La couche externe formée par la conjonctive était parcourue de vaisseaux très-ténus et concentriques; elle était absolument indolore. La vue était aussi bonne de l'œil affecté que de l'autre. Le diagnostic ne pouvait être douteux; une tumeur sous-conjonctivale indolente, opaline, transparente, avec une tache d'un gris jaunâtre au centre, ne saurait embarrasser désormais un praticien instruit, quant à la détermination de sa nature: il n'y a qu'un cysticerque qui puisse se présenter sous cet aspect. La tache gris jaunâtre marque la place de la tête et du corps rétracté de l'animal.

M. Sichel se posa la question de savoir s'il se bornerait à exciser la paroi antérieure de la tumeur, ou s'il essayerait d'enlever le kyste en entier; il s'arrêta à ce dernier parti. L'opération fut longue et difficile; l'enfant se débattait, il fallut l'attacher sur une table. On l'avait mis d'abord sur les genoux d'un aide. Les paupières fixées par un élévateur et un abaisseur, l'œil maintenu par une érigne implantée dans la sclérotique; M. Sichel commence, au moyen de ciseaux fins et d'une petite pince, la séparation de la lame conjonctivale mince qui recouvrait le kyste. Le sang coulait en abondance; les larmes et les cris de l'enfant, son agitation, rendirent cette dissection extrêmement laborieuse, et malgré l'habileté de l'opérateur, le kyste ne fut séparé qu'au bout d'un assez long temps et après plusieurs interruptions.

Le cysticerque, séparé du kyste, fut placé sous le microscope entre deux lames de verre. Le corps de l'entozoaire avait environ 2 millimètres de longueur sur 1 millimètre de largeur: la tête offrait autour de la bouche une couronne de 26 crochets, et autour de cette couronne étaient placés 4 suçoirs arrondis; le cou était recouvert de petites élévations vésiculeuses assez distantes l'une de l'autre qui lui donnaient un aspect perlé. Le corps présentait un nombre beaucoup plus considérable de ces vésicules.— L'opération n'a pas eu de suites fâcheuses; une application de six sangsues a été nécessaire pour combattre un chémosis commençant; on a aussi administré un purgatif. Au bout de quinze jours on ne voyait presque plus de traces de l'opération.

— C'est ici le cas de répéter que dans les opérations chirurgicales, l'intérêt scientifique doit être subordonné à l'intérêt humain. Dans l'opération d'un cysticerque sous-conjonctival, il ne s'agirait que de saisir la tumeur avec une pince et d'en exciser la paroi antérieure avec des ciseaux courbes, ce qui est aussi

simple, aussi rapide que peu douloureux. A la vérité, l'entozoaire serait infailliblement coupé en deux; mais qu'est-ce que cela fait quand le diagnostic est si évident? L'abrasion du kyste sous-conjonctival laisserait à la surface de la plaie, le fond même du kyste dont la cicatrisation et la transformation muqueuse s'opéreraient facilement. (*Gazette des Hôpitaux*, janvier 1846.)

ERGOT DE SEIGLE *dans l'inertie de la vessie* (*Cas d'efficacité de l'*). Une dame, arrivée à une époque encore peu avancée d'une grossesse, à l'existence de laquelle la persistance de ses règles l'empêchait de croire, se trouva gênée dans l'emission de l'urine par une tumeur douloureuse qu'elle sentait à la région hypogastrique. Son médecin, M. le docteur Duhamel, ayant été appelé, constata l'exactitude du fait; la malade lui parut avoir une distension considérable de la vessie, par suite de l'accumulation de l'urine qui ne coulait plus que par regorgement. Le cathétérisme fut pratiqué, et procura l'issue de trois ou quatre litres d'urine claire et sans odeur. Dans l'espoir que la vessie finirait par reprendre sa contractilité, M. Duhamel se borna, pendant trois jours, à vider cet organe toutes les vingt-quatre heures; mais cet espoir ne s'étant pas réalisé, il fit appliquer un très-large vésicatoire sur l'hypogastre, puis deux autres, également très-larges, à la partie supérieure interne de chaque cuisse. Ces moyens restèrent sans succès: c'est alors que ce praticien songea à recourir à l'emploi de l'ergot: il prescrivit d'abord cette substance à la dose de deux grammes par jour; mais n'en ayant pas obtenu de résultat, il doubla la dose; alors la malade commença à rendre à peu près un quart de la quantité d'urine évacuée chaque jour par la sonde; le lendemain, plus de la moitié; le troisième jour, les trois quarts; et enfin le quatrième jour, le cathéter n'eut plus besoin d'être porté dans la vessie, car cette dernière était entièrement vide. La première émission de l'urine ne put avoir lieu que dans la position couchée; mais peu à peu il devint possible à la malade d'uriner à volonté et dans toutes les positions. Quelques jours après l'emploi de la sonde, l'urine était devenue louche et avait pris une odeur fétide comme il arrive dans les cas de catarrhe vésical; mais ce liquide a fini par reprendre toutes ses qualités physiologiques. (*The New-York Jour.* et *Journal des Conn. méd.*, janvier 1846.)

ERGOT DE SEIGLE (*Quel est l'effet de l'*) *sur la femme et l'enfant pendant l'accouchement*. Jusqu'à présent les effets physiologiques de l'ergot de seigle pendant l'accouchement avaient été appréciés d'une manière générale, et il semble même qu'une rigueur mathématique, pour ainsi dire, ne pouvait pas s'appliquer à cette appréciation. Le docteur Samuel Hardy a pensé autrement, et c'est à faire connaître les résultats de son observation qu'il a consacré un travail où nous trouvons des données intéressantes pour la pratique. — Le seigle ergoté commun, suivant l'auteur, a manifesté son action sur l'utérus quelquefois au bout de sept minutes après qu'il a été administré; chez d'autres sujets, il serait plus long à le produire. En général, le terme moyen est de quinze minutes. M. Hardy aurait toujours observé que, lorsque l'enfant vient au monde vivant, c'était dans les vingt-cinq premières minutes que l'action du remède s'était prononcée. Il produit ordinairement le ralentissement du pouls chez la mère, quinze minutes après son administration. — D'où il résulte, en pratique, que l'usage de l'ergot de seigle est contre-indiqué chez une femme déjà épuisée par une hémorrhagie, et chez laquelle la dépression des forces circulatoires produite par le médicament serait de nature à amener une asthénie mortelle. — Il ne serait pas rare, au dire de l'auteur, de voir le ralentissement du pouls persister plusieurs jours après l'accouchement, et l'utérus assez souvent forme une tumeur qui semblerait faire croire que le placenta n'aurait pas été extrait. La circulation fœtale serait aussi influencée dans la plupart des cas. Ce n'est guère qu'au bout de quinze minutes à une demi-heure: c'est d'abord la diminution de fréquence des battements cardiaques qui s'observe; les pulsations deviennent ensuite irrégulières, et continuent de la sorte jusqu'à ce que les bruits deviennent intermittents et cessent enfin de se faire entendre. — Pour conséquences pratiques, l'auteur déduit de l'observation, que l'enfant ne peut que ra-

rement être sauvé si les pulsations sont réduites au-dessous de 110 par minute; dans ce cas, il faut se hâter de terminer l'accouchement. Toutefois, la réduction des pulsations au-dessous de 110 ne suffit pas pour faire assurer que la terminaison sera funeste, quand il n'y a pas en même temps intermission. M. Hardy ajoute qu'il n'a pas encore vu la métrorrhagie avoir lieu après l'accouchement, dans les cas où l'utérus a été notablement influencé par l'ergot de seigle. (*Gaz. de méd. de Paris*, janvier 1846.)

ÉRYSIPÈLE *de la tête et de la face* (*Indications pour le traitement de l'*). Depuis longtemps, les praticiens ont établi avec juste raison des différences dans le traitement de l'érysipèle, suivant qu'il provient de cause interne ou de cause traumatique. Ainsi, dans le premier cas, M. Chomel proscrit les sangsues au voisinage de l'érysipèle, par la crainte de voir l'irritation des piqûres favoriser l'extension de l'inflammation. Cette crainte est fondée pour les érysipèles spontanés, mais il n'en est pas de même des érysipèles traumatiques, de ceux surtout qui siégent aux membres. M. Blandin applique avec un grand succès, dans ce cas, des sangsues en grand nombre à la racine des membres affectés d'érysipèles, et sur le trajet des ganglions et des vaisseaux lymphatiques engorgés.

Un point plus important est celui qui concerne l'emploi des évacuants émétiques. M. Chomel emploie assez généralement le tartre stibié dans les érysipèles de la face ou d'autres régions, qu'il suppose être liés à l'existence d'un état saburral des premières voies; mais il exclut l'emploi de ce moyen lorsque l'érysipèle, fût-il dépendant de la même cause, siége sur le cuir chevelu. Il craint alors que les secousses du vomissement ne retentissent d'une manière fâcheuse sur l'encéphale.

Du reste, M. Chomel a expérimenté la valeur des vésicatoires volants, du nitrate d'argent, de la pommade mercurielle, appliqués sur les surfaces érysipélateuses, et pour bien s'assurer si l'efficacité de ces moyens était réelle, il les a appliqués dans les cas où l'érysipèle offre sur ses limites ce bourrelet rouge caractéristique, qui est un signe avant-coureur de la marche progressive de l'érysipèle. Il a vu constamment l'érysipèle continuer ses progrès et sa marche envahissante, sans que l'emploi de ces moyens ait paru en rien la modifier. (*Gazette méd. de Paris*, janvier 1846.)

EXPECTORANTS (*Des remèdes dits*) *et de l'indication de leur emploi*. En dehors même de l'inflammation, la sécrétion catarrhale des bronches est dans les affections pulmonaires un élément pathologique de la plus haute importance. M. le professeur Schützemberger fait sagement observer que deux circonstances réclament une médication spéciale. 1° L'accumulation de mucosités plus ou moins visqueuses dans les bronches, par défaut d'expectoration; 2° une sécrétion d'une abondance extraordinaire, véritable bronchorrhée qui, malgré une expectoration facile, verse incessamment des fluides dans les voies aériennes, les obstrue, et menace de faire périr les malades d'asphyxie.

On a longtemps considéré l'expectoration, et beaucoup de personnes semblent la considérer encore comme le résultat d'un acte de compression purement mécanique qu'éprouvent les poumons par le resserrement du thorax, et suivi de l'entraînement des crachats par le courant de l'air, lors des efforts de toux. Il est incontestable que ces actes concourent à l'expulsion des liquides arrivés dans la trachée-artère, dans le larynx, ou dans les grosses bronches. Mais comment la toux pourrait-elle débarrasser les ramifications bronchiques plus déliées, celles qui avoisinent les vésicules pulmonaires et qui cependant contiennent souvent des liquides visqueux? L'expectoration ne se comprend complétement qu'en admettant ce que l'expérience directe a prouvé, que les canaux aériens sont autre chose encore que des tubes inertes, doués de plus ou moins d'élasticité, et jouissant d'une certaine contractilité. Or, quand malgré les signes qui indiquent la présence de fluides dans les ramifications bronchiques et malgré la toux qui fatigue les malades, l'expectoration est difficile ou impossible, il surgit une indication rationnelle, celle de provoquer, d'exciter la contraction des canaux dont le concours est nécessaire à l'expulsion des liquides. Mais avons-nous des moyens susceptibles de remplir cette indication? Oui. On a déversé le ridicule sur les expecto-

rants; c'est à tort. Depuis longtemps les préparations antimoniales sont réputées expectorantes. L'utilité de ces agents, quand l'expectoration est difficile, est démontrée par trop de faits pour ne pas l'admettre, au moins comme une vérité empirique. Mais à quel titre les antimoniaux sont-ils expectorants? Probablement, en exerçant sur la contractilité des bronches une influence analogue au mouvement antipéristaltique qu'ils portent sur l'estomac, et au mouvement péristaltique qu'ils provoquent dans l'intestin. Leur action sur la huitième paire nerveuse est incontestable et incontestée, les nausées et la sensation du malaise en sont un effet irrécusable. Les préparations antimoniales sont donc utiles dans les affections catarrhales du poumon, 1° comme expectorants, indiqués quand des crachats mobiles ne peuvent être rejetés malgré les efforts de toux; 2° comme moyen susceptible d'exercer une influence salutaire sur l'état de congestion des vaisseaux pulmonaires.

Quatre des malades de la clinique médicale de Strasbourg ont été soumis, dans ces circonstances, à l'emploi du tartre stibié, à la dose de 10 à 20 centigrammes en potion. Deux autres ont pris du *kermès* à la même dose, un septième du *soufre doré d'antimoine*. Le tartre stibié a été donné dans les cas les plus graves en apparence, et cependant ces cas se sont terminés plus vite que les autres : ce qui semblerait devoir assurer la préférence à cet agent.

Dans les cas où la viscosité même des fluides bronchiques est la cause principale de la difficulté de l'expectoration et de l'obstruction plus ou moins complètes des canaux aériens, M. Schützemberger n'a recours presque jamais qu'aux boissons gommeuses et émollientes prises *en quantité*: les préparations de scille et notamment l'oxymel scillitique lui ont offert aussi des avantages. Il est une foule d'autres médicaments auxquels on attribue une propriété fluidifiante; mais leur action est plus que problématique; et quant à lui, les boissons agréables à haute dose lui paraissent le moyen le plus rationnel et le plus utile.

La sécrétion bronchique peut être excessivement abondante, et, malgré l'expectoration, une véritable bronchorrhée peut menacer de faire périr le malade d'asphyxie. Dans ces cas, l'indication rationnelle consiste à arrêter la sécrétion, à la faire cesser aussi promptement que possible. Les moyens propres à favoriser l'expectoration sont nécessaires sans doute; mais, tout en les continuant, il faut tarir la source de sécrétion. Les révulsifs, et notamment les vésicatoires largement appliqués sur le thorax, sont dans ces cas l'agent qui doivent inspirer le plus de confiance. Quant à l'abstinence de boissons qui a été conseillée dans les mêmes circonstances, il n'y a rien à objecter à cette pratique, mais à titre d'adjuvant seulement. (*Gazette méd. de Strasbourg,* janvier 1846.)

FISTULE A L'ANUS *borgne externe* (*Nouveau procédé opératoire de la*). Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur le fait suivant, qui prouve que dans un cas de fistule réputée incurable, la guérison s'est effectuée grâce à une opération aussi nouvelle qu'elle est ingénieuse.—Un jeune homme, à la suite d'un vaste abcès à la marge de l'anus, ouvert spontanément, fut affecté d'une fistule borgne externe. On opéra cette fistule par incision; après en avoir fait le pansement, comme la quantité de pus était hors de proportion avec l'étendue de la plaie, on examina de nouveau et on s'assura que le décollement de l'intestin remontait très-haut, que le doigt porté dans le rectum ne parvenait pas à toucher le bouton du stylet, qui pénétrait à une profondeur de près de six pouces; c'est contre cette fistule, et plusieurs mois après la première opération, que M. Senna imagina d'appliquer le procédé suivant. — Il eut recours à l'entérotome de M. Dupuytren, faisant remarquer que le sphincter ayant déjà été incisé, les mors de la pince n'avaient plus à agir sur les tuniques de l'intestin.—L'un des mors fut introduit dans le trajet fistuleux, l'autre mors, dans le rectum; ils furent serrés, et on les fixa par les vis ordinaires. Au bout de deux jours, tous les tissus compris entre les mors de l'entérotome furent frappés de mort, et l'instrument se détacha, ayant détruit de la sorte la paroi intestinale qui, par son décollement, constituait un des côtés de la fistule.—Il en résulta une plaie plate, qui après cinq semaines de pansement se cicatrisa entièrement : il n'y eut que très-peu de douleur, et la chute de l'entérotome s'effectua sans

qu'il survînt les plus légères effusions de sang. Le docteur Senna, auteur de cet ingénieux procédé, fait observer qu'il fut dans la nécessité de modifier pour la circonstance l'entérotome ordinaire. (*Ann. de la chir. franç. et étrang.*, octobre 1844.)

GANGRÈNE DE LA BOUCHE (*De la*) *chez les enfants*. Voici une observation qui prouve qu'avec des soins convenables et énergiques, la maladie qu'on a désignée sous le nom de gangrène de la bouche (on sait que les pathologistes ne sont pas d'accord sur ce point) peut n'être pas fatalement suivie de la perforation de la joue.

Une petite fille de sept ans fut amenée à la consultation de la maison royale de santé, M. Hervez de Chégoin faisant le service. Une tache livide existait à la face interne de la joue gauche, au niveau des dents molaires inférieures; déjà le gonflement extérieur et la couleur violacée de la peau annonçaient une perforation presque inévitable.

M. Hervez nettoya avec patience la gouttière profonde formée en dedans par les gencives et les dents, et en dehors par la face interne de la joue; il en retira, avec une spatule et de la charpie roulée, une bouillie d'un blanc gris, grumeleuse et d'une fétidité extrême; il aperçut alors sur la joue une tache longue d'un pouce et demi environ d'arrière en avant, de trois lignes de hauteur, d'un blanc sale, et correspondant à la face externe des dents; il toucha cette tache avec le nitrate d'argent, ainsi que les gencives qui étaient molles, gonflées, et d'un blanc sale également. Il interposa de la charpie entre la joue et le bord de la mâchoire, de manière à empêcher tout contact de ces parties; il en interposa de même entre la face interne des dents et le bord de la langue qui présentait déjà plusieurs points entamés et de couleur grisâtre qu'il toucha aussi avec le nitrate d'argent; il changea la charpie le lendemain et le surlendemain; il fit une nouvelle cautérisation le troisième jour; le sixième, la tache sale avait disparu, il y avait à sa place une plaie superficielle et rose. Le gonflement avait diminué des trois quarts, et avec lui l'expuition et la fétidité de l'haleine. La petite fille avait ai r bien portant et demandait à ma nger; elle avait pris, depuis le commencement, de l'eau rougie, du bouillon et du sirop de quinquina. Le bord de la langue, cautérisé comme la joue, avait pris comme elle l'apparence d'une plaie en voie de guérison, et tout se termina sans gangrène.

M. Hervez se demande, tout en remarquant qu'une observation isolée n'a rien de péremptoire, si cette gangrène de la bouche qui se manifeste au niveau des dents, ne dépendrait pas de la compression que celles-ci exercent sur des surfaces déjà ramollies par l'inflammation particulière dont elles sont le siége; si l'accumulation et l'altération de la matière pultacée ne contribuent pas aussi à cette fâcheuse terminaison; si, enfin, par des soins de propreté et en empêchant le contact des surfaces malades contre des parties résistantes, si par des cautérisations superficielles mais pratiquées dès le début, on ne pourrait point prévenir cette perforation. (*Journal de méd.*, février, 1846.)

HOQUET CONTINU (*Exemple rare de*) *chez un jeune enfant*. Il s'est présenté dernièrement à la consultation de M. Blache, à l'hôpital des Enfants Malades, un fait assez curieux et assez rare. — Un enfant de sept mois était affecté d'un hoquet continu, qui durait depuis sa naissance; l'enfant ne pouvait pas téter, et il rendait une grande partie du lait qu'on lui introduisait dans la bouche à l'aide d'une cuiller; et cependant l'état général de cet enfant ne présentait rien de bien fâcheux. M. Blache nous a dit avoir vu seulement deux cas semblables dans ses vingt ans de pratique. Dans l'un de ces deux cas, le hoquet s'arrêta spontanément, vers l'âge de trois ans; dans l'autre, vers celui de sept ans. On voit qu'il faut tout attendre du temps dans un cas pareil. (*Clinique des Hôp. des enfants*, janvier 1846.)

INTUSSUSCEPTION INTESTINALE *heureusement terminée par la sortie d'une portion d'intestins* (*Cas d'*). Le sujet de cette observation, rapportée par M. Dayton, est un homme de trente-cinq ans, cordonnier, qui avait abandonné en partie son état, par suite d'une douleur dans le côté droit, attribuée à une hypertrophie du foie. Depuis longtemps sa santé générale était mauvaise. Il avait éprouvé, à deux ou trois reprises, de violentes

coliques. Un jour, étant occupé à ses affaires habituelles, et sans s'être livré à un exercice immodéré, il fut pris d'une vive douleur dans la région lombaire droite. Il fut saigné et prit un cathartique qui opéra copieusement. Quand M. Dayton le vit, trois jours après l'attaque, la douleur continuait; il y avait une tension permanente de l'abdomen. Il ne cessa pas de souffrir ainsi pendant environ quatre semaines, ne trouvant un peu de soulagement que dans les anodins. La douleur, quoique étendue à tout le ventre, était surtout atroce dans un point circonscrit. Différents moyens furent mis en usage par M. Dayton. En premier lieu, l'ouverture de la veine, les purgatifs, les scarifications, les ventouses, les contro-stimulants, les vomitifs, le tout sans profit bien marqué. Puis vinrent les narcotiques à haute dose, le seul moyen qui ait apporté quelque soulagement. Au bout d'un mois, le malade était déjà dans un état d'émaciation considérable, et l'on s'attendait à une fin prochaine, quand il rendit par l'anus une portion d'intestin longue de douze à seize pouces. La première fois l'auteur la vit d'une seule pièce; plus tard, elle était en deux portions, mais il pense qu'elle aura été rompue par les personnes qui l'ont examinée après lui. Le bout resté entre ses mains est de douze pouces. Il appartient aux intestins grêles; mais, au lieu de former un tube continu, il est divisé en toute sa longueur. Les bords de la division sont inégaux, irrégulièrement dentelés. La membrane muqueuse est pointillée par places et dans d'autres granulée. Une portion considérable n'offre aucune autre altération que celle des bords de la déchirure.

Deux ou trois jours après l'expulsion de cette portion d'intestin, le malade entrait en convalescence. Cependant la guérison a marché lentement. Sa santé est revenue à peu près au point où elle était avant l'accident, qui date déjà de dix-huit mois. Cependant il éprouve encore un peu de douleur de côté, et comme la position assise augmente cette douleur, il a pris l'état de journalier. (*The New-York, Journ.* et *Journ. des Conn. méd.*, janvier 1846.)

IPÉCACUANHA (*De l'*) *à dose vomitive considéré comme tonique*. Selon M. le docteur Higginbottom et un très-grand nombre de ses compatriotes, l'ipécacuanha ne possède pas seulement une action vomitive, mais encore une action tonique des plus remarquables, qui peut trouver son emploi dans une infinité de cas. Il la remarqua pour la première fois en 1814, chez une femme atteinte de choléra arrivé à sa dernière période, et tombée dans le dernier degré de débilitation, offrant tous les phénomènes qui annoncent une mort prochaine. Un scrupule d'ipécacuanha administré dans cet état le modifia tellement, qu'au bout de quelques heures la malade entrait en pleine convalescence. Depuis trente ans, de nombreux succès l'ont affermi dans cette pratique, qu'il a modifiée suivant une méthode adoptée par la plupart de ses compatriotes. Elle consiste à administrer au malade, deux ou trois heures après l'action de l'émétique, une pilule composée de 5 centigrammes d'opium, 25 centigrammes de pilule bleue, que l'on fait suivre d'une dose de rhubarbe, avec 2 grammes de sulfate de potasse, qui facilitent l'action des intestins. Voici maintenant les principales conditions pathologiques dans lesquelles l'auteur a employé cette méthode avec le plus de succès.

Hémorrhagies utérines. Depuis longtemps persuadé que les stimulants diffusibles, au lieu d'être utiles dans le traitement de cet accident grave, ne font que l'augmenter, en activant la circulation artérielle, il a dû chercher, dans le cas où le seigle ergoté et les astringents étaient insuffisants, des moyens plus efficaces, et c'est l'ipécacuanha à doses vomitives qui lui a paru le moyen le plus utile et et le plus prompt dans ces hémorrhagies qui succèdent au décollement du placenta. Dans les cas même où l'épuisement paraît arrivé à son dernier degré, on en obtient de bons résultats.

Bronchites. Lorsqu'il survient pendant la durée d'une bronchite aiguë une dyspnée très-prononcée, avec sentiment de faiblesse extrême, difficulté de l'expectoration et menace de suffocation, l'emploi de l'ipécacuanha fait disparaître immédiatement ce que ces symptômes ont de plus grave, et relève l'économie, puis fait entrer le malade en convalescence avec une facilité qu'aucun autre moyen ne possède. L'auteur rapporte plusieurs observations qui démontrent les ressources précieuses que

l'emploi de l'ipécacuanha peut fournir à l'homme expérimenté, dans des cas d'une gravité extrême. (*The Lancet*, et *journal des Con. médic.*, janvier 1846.)

LUXATIONS (*Nouveau procédé de réduction des*). Le procédé dont nous allons donner la description est de M. Fahnestoch, de Pittsburgh: aussi simple qu'ingénieux, il peut rendre les plus grands services en pratique; il permet de se passer d'un nombre toujours considérable d'aides, et jusqu'à un certain point il peut remplacer les moufles. Le malade est d'abord convenablement placé; une forte corde, dont le plein est entouré d'une bande, est solidement fixée à la partie du membre sur laquelle on se propose de faire agir la puissance extensive; on double ensuite la corde que l'on fixe par son autre extrémité à un anneau de fer ou à tout autre point d'appui solidement fixé dans le mur : on pose alors un bâton entre les deux chefs de la corde vers le milieu de sa longueur; de sorte qu'en tournant le bâton on tord l'un sur l'autre les deux chefs; il résulte de ce mécanisme que la corde en s'enroulant sur elle-même diminue de longueur, et qu'elle exerce par conséquent des tractions sur le membre. Il est bien entendu que la puissance contre-extensive a été préalablement disposée sur celui-ci, ce qui l'empêche de céder aux efforts de traction. On voit combien par ce moyen il est facile d'exercer sans violence et par une force graduée de puissants efforts. La traction peut être diminuée ou augmentée à volonté, il suffit pour cela que l'aide fasse tourner le bâton dans un sens ou dans un autre. (*The american journal*, et *Ann. de la chir. franç. et étrang.*, octobre 1845.)

LUXATION *de l'extrémité interne de la clavicule en arrière et en bas.* Parmi les diverses luxations que peut présenter l'extrémité sternale de la clavicule, la luxation en arrière et en bas est celle que l'on observe le plus rarement, et cela pour des raisons anatomiques qui ont été très-bien exposées dans l'excellent Mémoire de M. le docteur Morel-Lavallée, et en raison aussi de l'effort puissant et prolongé dont il est besoin pour que l'épaule soit projetée en avant et en haut, dans une étendue telle que ce déplacement puisse s'effectuer. — En voici cependant un exemple frappant : un matelot vigoureux se trouva engagé entre son navire qui s'approchait du quai et un navire voisin; il en résulta une forte pression transversale d'une épaule à l'autre. A l'instant même douleur vive au niveau de la fourchette du sternum, exaspérée par tout mouvement communiqué au bras; les autres symptômes sont : une dépression marquée en regard de l'articulation sterno-claviculaire du côté droit; par le toucher on sent la facette articulaire du sternum sous la peau, et la tête de la clavicule engagée en arrière et en bas sous ce dernier os; l'épaule raccourcie semble portée en dedans; la clavicule est oblique de dehors en dedans; la saillie qu'elle forme habituellement est diminuée; il n'y a aucune gêne dans la respiration, comme cela s'observe quelquefois lorsque la clavicule appuie sur la trachée. — Dans cette forme de luxation, pour ramener en contact les surfaces déplacées, l'indication est de porter en bas et en dehors l'omoplate; de cette manière on dégage l'extrémité sternale de la clavicule, et ensuite on pousse cet os en avant pour effectuer la coaptation, en même temps que l'on tire en arrière l'épaule. — Le procédé de réduction suivi par M. Bernard, chef interne à l'hôpital de Marseille, nous semble remplir toutes ces indications. Le malade fut couché sur le côté sain, un premier aide passa ses mains réunies sous l'aisselle du côté malade, comme pour porter l'épaule en arrière et en dehors; un autre aide, placé de l'autre côté du lit, exerce des tractions sur l'avant-bras, fléchi à angle droit sur le bras. — En analysant le mécanisme résultant de cette combinaison d'efforts, on voit que le bras et l'épaule représentent un long levier dont le point d'appui se trouve dans l'aisselle sous les mains du premier aide; la puissance exercée par le deuxième aide se trouve donc transmise par ce point d'appui, qui représente une sorte de poulie de renvoi à l'épaule, et de celle-ci à la clavicule qui se dégagea assez facilement de dessous le sternum. Le chirurgien dut aider son retour vers la surface articulaire du sternum en la poussant avec le pouce et l'index de ses deux mains; deux fois le déplacement se reproduisit: la troisième fois les rapports furent maintenus; douze jours après la ré-

duction, qui ne fut suivie de l'application d'aucun bandage, le malade quitta l'hôpital. — Nous ferons remarquer que la guérison a pu s'effectuer sans qu'il fût besoin de l'intervention d'un bandage; c'est là un cas exceptionel. Tous les chirurgiens savent combien, en général, il est difficile de maintenir ces luxations réduites : on puurra alors avoir recours à l'alèze du docteur Lenoir, disposée en huit de chiffre, dont les chefs croisés répondent, par leur plein, à un coussin dorsal; ou bien encore à la double épaulière en cuir, avec des boucles et une vis de rappel en arrière, que M. Morel-Lavallée a proposée dans ces derniers temps. (*Arch. médic. du Midi*, janvier 1846.)

NÉCROSE DES MACHOIRES (*De la*) *sous l'influence des vapeurs de phosphore*. M. Zorinzer appelle l'attention sur plusieurs cas de nécrose des mâchoires, qui tous ont été observés sur des ouvrières employées dans les fabriques d'allumettes phosphoriques à friction, principalement dans les lieux où la dessiccation de ces allumettes donne lieu à la vaporisation du phosphore. La maladie commence par une odontalgie plus ou moins forte, ne s'étendant dans le principe qu'à une ou plusieurs dents, mais plus tard à toute la mâchoire, qui se gonfle et devient douloureuse au toucher. Le gonflement, s'étendant bientôt aux gencives, aux joues, devient érysipélateux et se propage à toute une moitié de la face et au cou; il est accompagné de fortes douleurs, d'anorexie, de selles irrégulières, de soif, de fièvre, de forte salivation et d'une teinte jaunâtre sale de la peau. Quelques dents sont agacées, branlent; un pus fétide s'écoule des alvéoles et s'amasse sous les gencives, de là se fraye un passage au dehors ou dans la cavité buccale. Il se forme des trajets fistuleux à travers lesquels on peut sentir avec la sonde la mâchoire rugueuse et dénudée; enfin les dents tombent, les parties molles de la bouche se détachent, et la nécrose apparaît à découvert dans une étendue plus ou moins considérable. Chez les individus forts et lorsque la nécrose n'est pas très-étendue, la guerison se fait par l'exfoliation des os; dans les cas contraires, les malades, surtout ceux qui sont scrofuleux, meurent de phthisie tuberculeuse.

D'après un écrit de M. Dieu à M. Heyfelder, il résulte que le nombre de cas de nécrose de la mâchoire observés sur les ouvrières employées dans des fabriques de briquets phosphoriques se monte à huit ou neuf. Les malades, âgées de dix-huit à vingt-sept ans, ont toutes travaillé dans une seule et même fabrique qui occupe le plus de monde, et se sont trouvées depuis le matin à six heures jusqu'à neuf heures dans des courants d'air très-chauds et imprégnés de vapeurs phosphoriques.

Plusieurs autres médecins en Allemagne, et en France M. le docteur Stroll, de Strasbourg, ont confirmé les observations de M. Zorinzer. Au moment où nous écrivons ceci, nous voyons que M. le docteur Théophile Roussel vient de présenter à l'Institut un Mémoire sur le même sujet, d'après des observations faites à Paris. Ainsi, il paraîtrait qu'aucun doute ne peut s'élever sur la réalité des faits dont l'identité s'est montrée complète sur plusieurs points éloignés. Du reste, nous devons ajouter qu'à Nuremberg et à Vienne le phosphore analysé a présenté de l'arsenic, et M. Dieu a fait remarquer que depuis qu'on se sert du phosphore dans lequel l'arsenic n'entre pas, la maladie ne s'est pas montrée. (*Archiv. fur physiologische heilkunde*, et *Gaz. méd. de Paris*, janvier 1846.)

NEVRALGIES (*Formule de pilules pour combattre les*). M. Marchal de Calvi a guéri une névralgie trifaciale qui avait résisté à divers moyens, notamment aux vésicatoires réitérés et à l'hydrochlorate de morphine par la méthode endermique, à l'aide des pilules suivantes :

Sulfate de quinine.........	80 centigr.
Extrait de valériane........	1 gramm.
Extrait aqueux d'opium....	20 centigr.
Poudre de feuilles d'oranger.	1 gramm.
Poudre de cannelle.........	1 gramm.
Sirop de Belladone........	Q. S.

Faites 30 pilules; en prendre une par heure. — A la troisième pilule, la malade s'endormit, la douleur ayant cessé. On continua l'administration des pilules à la dose de cinq par jour, et la névralgie ne se reproduisit pas. Les dents du côté affecté sont restées agacées pendant un mois. (*Gaz. des hôp.*, janvier 1846.)

ONGLE INCARNÉ (*Procédé opératoire de M. Baudens, pour l'*). Le procédé opératoire dont il s'agit s'applique à l'ongle incarné, contre lequel les

moyens de redressement ordinaires ont complétement échoué, et qui se complique d'ulcérations et de végétations des parties molles: voici comment l'auteur le décrit. Le talon d'un bistouri tenu dans la main droite, comme un canif au moment de s'en servir pour tailler une plume, est appliqué à quelques millimètres et en arrière de la racine de l'ongle : l'orteil est présenté au tranchant par son bord incarné, fixé solidement par la main gauche de l'opérateur; le tranchant du bistouri est porté alors perpendiculairement jusqu'à l'os, puis il est ramené en avant, le long du bord de la phalange qu'il parcourt dans toute sa longueur; enlevant la matrice de l'ongle et toutes les parties molles adjacentes, on taille ainsi d'un seul coup un lambeau qui comprend les tissus fongueux et la portion rentrée de cet ongle, comme si on enlevait un copeau. Cette opération est on ne peut plus prompte; M. Baudens, pour éviter une réaction trop vive les jours suivants, a coutume de faire placer en permanence, sur la plaie préalablement couverte d'un plumasseau, un gros morceau de glace pendant quelques jours. On lève alors l'apareil, et à cette époque, toute la plaie est recouverte de granulations qu'il importe beaucoup de réprimer par la cautérisation au nitrate d'argent, pour s'opposer à la récidive. (*Gazette des hôpitaux*, déc. 1845.)

PANARIS (*Bons effets des onctions mercurielles pour faire avorter les*). Il y a longtemps que nous avons des premiers parlé de ce moyen (t. 4, p. 298), qui est un des meilleurs qu'on puisse employer pour arrêter le développement des panaris. Les praticiens ont continué à y recourir avec avantage. M. le docteur Martin a rendu compte à la Société médicale du Bas-Rhin, d'une épidémie de panaris qu'il a eu occasion d'observer dans un régiment, qui était en garnison sur les frontières des Pyrénées. Il a eu à traiter cent un cas de panaris dans l'espace de deux années. Le traitement qui lui a le mieux réussi pour les faire avorter, a été de fréquentes onctions mercurielles sur les parties malades. Une friction tous les quarts d'heure. (*Gazette méd. de Strasbourg*, janvier, 1846.)

PHLEGMASIES ARTICULAIRES *chroniques* (*Du traitement des*), *par une pommade au nitrate d'argent*. Nous avons vu employer largement dans certains hôpitaux de Paris, et notamment à Saint-Louis, dans le service de M. Jobert, la pommade au nitrate d'argent comme résolutif des engorgements chroniques, et aussi comme résolutif de l'érysipèle. Les résultats ont été variables, quelquefois bons, quelquefois nuls, mais jamais nuisibles. Voici M. le docteur Bieschy, de Schélestad, qui reprend en sous-œuvre cette médication, dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, 30 janvier, et nous la présente comme le meilleur, le plus précieux, le plus sûr, le plus prompt de tous les moyens que l'on puisse opposer à ces phlegmasies articulaires chroniques, tendant aux tumeurs blanches. Nous n'avons qu'un désir dans l'intérêt des malades, c'est que les observations de notre confrère M. Bieschy encouragent les médecins auxquels nous les communiquons, à répéter l'emploi de sa méthode, et que les arthropathies qu'ils traiteront ainsi ne soient pas plus rebelles que les siennes. Voici textuellement les trois observations rapportées dans le Mémoire.

I. M. Serlot, conducteur de voitures publiques, à la suite d'une chute, eut une inflammation considérable de l'articulation du poignet. Négligée d'abord, cette lésion prit un certain degré de gravité; on recourut aux moyens antiphlogistiques les plus énergiques, le mal s'amenda, mais l'articulation continua à rester douloureuse, tuméfiée, inapte aux mouvements. La maladie datait de deux mois et nous semblait prendre le caractère de ces phlogoses lentes, sourdes, qui se terminent par des tumeurs blanches. Dans ces appréhensions, nous recourûmes au traitement par la pommade argentifère, et la médication fit prompte justice du mal; aujourd'hui il n'en reste plus aucune trace.

II. Mlle S. portait depuis deux ans, à la région du poignet, une affection dont voici les principaux caractères: gonflement considérable envahissant la paume de la main, empâtement et endolorissement des tissus sous-jacents, fluctuation manifeste, mouvements douloureux, impossibles pour ainsi dire; la peau offrait çà et là des pertuis par où s'écoulait une matière séro-purulente et présentait cet aspect d'un luisant blafard qu'à la lon-

gue les inflammations chroniques impriment aux téguments. Par suite de ces lésions, le jeu des doigts était interdit. La jeune malade avait subi diverses médications tant constitutionnelles que locales; nous allions proposer l'expédient suprême, l'amputation, quand nous nous décidâmes, *in extremis*, à recourir à la pommade argentifère. Sous son influence, la phlogose chronique se dissipa sensiblement, le gonflement disparut, les douleurs s'évanouirent, et aujourd'hui la main est dans un état des plus satisfaisants. Nous pouvons nous féliciter d'avoir soustrait cette main à la médecine opératoire, dont le grand art consiste à guérir en retranchant et en mutilant.

III. Nous citerons comme type d'arthrocace grave du genou le fait suivant : M. Rœmer, aubergiste, fut affecté, sans cause connue, d'une inflammation de l'articulation tibiotarsienne ; la douleur, d'abord sourde, devint lancinante, intolérable, le gonflement considérable. Les sangsues et les ventouses calmèrent les douleurs et diminuèrent le gonflement. Mais depuis lors, l'articulation devint le siége d'un travail morbide latent, caractérisé par la tuméfaction des condyles, l'empâtement des tissus périarticulaires et des douleurs vagues que les mouvements rendaient plus vives. La peau avait mauvais aspect, et la fluctuation était évidente. Ce fut dans cet état et après quatre ans de souffrance, que M. Rœmer nous consulta. Traitement par la pommade argentifère; guérison au bout de vingt-cinq jours de friction.

Pour M. Bieschy, c'est par une action dynamique, résultant de son absorption, que la pommade argentifère agit avec cette puissance, et il rapproche cet effet de la manière d'agir de l'onguent mercuriel dans la péritonite :

Les frictions avec le nitrate d'argent incorporé simplement à l'axonge, déterminent presque toujours un érythème, de la rougeur, la production de vésicules disséminées sur la surface. — Il n'a pas besoin de cette action locale, il la rejette; elle est nuisible à l'action dynamique du remède, qui est d'autant plus prompte, plus sûre que l'effet irritant local est moins prononcé.

M. Bieschy a trouvé dans la dissolution préalable du sel argentifère un moyen précieux pour lui conserver de meilleures conditions d'assimilation, et neutraliser son action locale physico-chimique. Depuis, dit-il, qu'il use de cette méthode, les frictions se font sans production de douleur, ni d'irritation tégumentaire; loin de là, sous leur influence, les douleurs existantes disparaissent, les tuméfactions périarticulaires et intraarticulaires se dissipent, et l'arthropathie guérit. Voici la formule de sa pommade :

Nitrate d'argent, 4 grammes.
Eau distillée, Q. S. pour dissoudre complétement le sel.
Axonge, 32 grammes.

Mêlez. — Les frictions se font deux fois par jour, avec 4 ou 5 grammes de pommade. Le troisième ou quatrième jour, la peau prend l'aspect luisant d'un cuir noir et verni. Les frictions n'entraînent aucune douleur, aucun indice d'irritation tégumentaire. Dans des cas très-exceptionnels, on remarque çà et là quelques vésicules dues à quelques parcelles de sel imparfaitement dissoutes. — Du reste, une fois les parties bien frictionnées, et quand elles ont revêtu cet aspect d'un masque noirâtre et vernissé, il est inutile d'insister sur les frictions, car la couche plastique fournie par la pommade et l'épiderme desséché empêche l'absorption. Après quelques jours, l'épiderme ne tarde pas à se détacher par feuillets, et les téguments reprennent leur état normal.

« Sous l'influence de cette médication dynamique, dit M. Bieschy, les altérations plus profondes sont modifiées; vous voyez successivement la chaleur et la douleur s'éteindre, l'épanchement se résoudre et le gonflement se dissiper. En combattant dynamiquement l'hypérémie, vous anéantissez en grande partie la cause de tous ces désordres matériels; or, celle-ci une fois détruite, l'organisme se suffit à lui-même pour remédier aux effets. »

PROSTATE (*Sur le traitement d'une forme particulière de maladie de la glande*). Le procédé dont il s'agit, et qui fait la base du traitement, consiste à pratiquer par le rectum une ponction dans certaines tumeurs de la prostate. Quant aux caractères que doivent présenter ces tumeurs pour que la méthode de traitement leur soit applicable, c'est ce que l'auteur a soin de bien déterminer: il établit d'abord que ce n'est pas dans tous

les cas d'hypertrophie de la protaste que cette ponction trouve sa place ; mais si un malade, ayant de fréquentes envies d'uriner, n'accomplit cette fonction qu'avec efforts ; si dans ses urines on trouve un dépôt mucopurulent, et que par l'urètre se fasse de temps en temps un suintement de même nature ; si, dans ces circonstances, le doigt porté dans le rectum sent l'un des lobes de la prostate tuméfié, et que par la pression on reconnaisse un point mou, dépressible et circonscrit, c'est le cas d'introduire dans l'intestin une lancette, et de ponctionner dans le point qui a offert les caractères de fluctuation que nous venons d'indiquer. L'auteur, M. Colles, fait remarquer combien l'opération devient plus formellement indiquée encore, si la pression exercée par le rectum sur la prostate fait sortir par l'urètre une petite quantité de matière purulente. Cette ponction donne lieu à la sortie d'une cuillerée à café plus ou moins de pus ; or, après cette évacuation, il est ordinaire de voir cesser les accidents. M. Colles préfère se servir d'un pharyngotome; il recommande de ne donner à la pointe de cet instrument qu'un huitième de pouce et un demi-pouce au plus, suivant le degré d'épaisseur des tissus que l'on doit traverser. — Cette opération est fort peu douloureuse, donne lieu à un soulagement prompt et souvent permanent : l'auteur a opéré déjà douze malades sans accident. — Une fois, il y a eu cependant une hémorrhagie légère ; une autrefois l'urine en très-petite quantité passa par le rectum ; cette fistule urinaire disparut au bout de trois semaines.

Il est évident, d'après l'exposé que nous venons de présenter de la méthode thérapeutique recommandée par l'auteur, qu'elle ne s'applique qu'aux abcès de la prostate; abcès circonscrits et superficiels, hors le cas où une communication fut établie entre l'urètre et le rectum. Quant à la cessation des accidents qui suit immédiatement l'incision, elle s'explique par le résultat même de celle-ci, c'est-à-dire l'évacuation de la matière purulente qui, malgré son peu d'abondance, entretenait dans l'épaisseur de la prostate une irritation qui s'opposait à la résolution de la glande, que M. Colles a vue s'effectuer en général très-promptement à la suite de l'opération. — Quel sera le sort de cette innovation dans le traitement des maladies de la prostate? Les faits cités par l'auteur semblent lui présager une heureuse destinée ; attendons toutefois, pour nous prononcer, que la nouvelle méthode ait été consacrée par des faits plus nombreux, et pour cela nous en appelons à la pratique des chirurgiens. (*The Dublin journal of medical Science*, et *Gaz. méd. de Paris*, janvier 1846.)

SEL MARIN (*De l'emploi du*) *dans quelques affections gastriques et intestinales.* C'est dans les dyspepsies, dans certaines formes de gastralgies, dans quelques affections intestinales de nature peu grave, que M. Lasègue préconise l'emploi de ce médicament, qu'il administre, du reste, sous une forme nouvelle. Dans un verre de capacité ordinaire on fait dissoudre deux grammes de sel marin pour dix grammes d'eau environ. Au moment de s'en servir on remplit le verre aux trois quarts avec de l'eau de Seltz, et on prend le tout avant que l'évaporisation de l'acide carbonique ait eu le temps de s'opérer. On doit, en général, en ordonner deux ou trois verres pris le matin à jeun et à un quart d'heure de distance.

Certains états maladifs de l'estomac et des intestins semblent surtout heureusement modifiés par ce remède. La première condition pour qu'ils s'améliorent est qu'ils ne s'accompagnent d'aucune réaction vive et ne présentent pas les phénomènes propres aux maladies aiguës. La seconde est qu'ils ne soient pas assez avancés pour avoir provoqué un affaiblissement général qui demande alors des secours plus énergiques.

M. Lasègue confirme ce que M. Amédée Latour avait déjà avancé sur les bons effets de l'emploi du chlorure de sodium contre la phthisie pulmonaire; seulement l'auteur ne lui attribue dans ce cas qu'une sorte de vertu apéritive, et non spéciale sur la diathèse tuberculeuse; c'est là une question d'interprétation qui importe peu au résultat. (*Journal de médecine*, février 1846.)

SUBLIMÉ CORROSIF (*De la syphilis traitée par les bains au*). Ce qui nous a paru principalement mériter l'attention dans le Mémoire du docteur Fabrège, au point de vue pratique, ce sont les vues nouvelles qu'il émet sur l'efficacité du deutochlorure de mercure, administré sous la forme de bain dans le traitement

de la syphilis, contre laquelle administré à l'intérieur, ce même médicament aurait échoué: il résulterait en outre des observations de ce médecin, que souvent le sublimé aurait eu alors une véritable action sthénique : parmi ses observations qui font la base de ce travail, nous extrairons les deux suivantes sous forme d'analyse. I. Un homme de quarante ans, portant au genou gauche d'anciennes ulcérations syphilitiques, longtemps traité sans succès par le mercure, à l'intérieur, est dans un marasme profond; impossibilité de marcher même avec des béquilles. Bains avec le sublimé à la dose de 8 grammes jusqu'à 48 grammes. Bientôt les forces revinrent, les ulcères se cicatrisèrent, les fongosités s'affaissèrent, les fistules s'oblitérèrent, et la guérison fut complète, elle ne s'est jamais démentie. II. Une jeune fille de vingt ans porte depuis quatre mois un écoulement; altération profonde des traits, ulcérations nombreuses des parties génitales, sensibles et d'un rouge vif; condylômes à la vulve et à l'anus. Un traitement a été fait au moyen de 245 pilules de Sédillot ou d'une tisane dépurative. La malade faiblissait de plus en plus. Bains avec le sublimé : au trente-deuxième bain, la guérison est complète. N'omettons pas de dire qu'une ulcération du col de l'utérus, constatée pendant l'administration du bain, fut également cicatrisée. — Nous pourrions rechercher avec l'auteur sous quelle influence l'action du mercure se trouve ainsi modifiée quand on varie son mode d'administration; mais mieux vaut à cet égard en appeler à l'expérience et au jugement du praticien. (*Journ. de chir.*, janvier 1846.)

TÆNIA (*Pâte de graine de courge contre le*). M. le docteur Brunet a fait part à la Société de médecine de Bordeaux de l'observation suivante : Ce confrère est consulté par un marin qui se dit affecté du tænia, pour lequel il aurait pris, à Saint-Malo, soixante-douze pilules d'extrait de fougère mâle, après lesquelles quelques fragments de l'entozoaire avaient été rendus, M. Brunet prescrit un purgatif qui est sans résultat. Il conseille alors le moyen suivant, qui lui a été indiqué par une personne étrangère à la médecine :

Semences de courge pilée..	45 gramm.
Sucre....................	45 gramm.

Pilez et à prendre en une dose le matin.

Après diverses doses de cette pâte, le malade apporte un tænia complet. Un second individu, porteur du même parasite, prend le même remède et obtient le même résultat. M. Brunet, pour s'assurer de l'expulsion complète du tænia, prescrit au marin deux gouttes d'huile éthérée de fougère mâle, qui procurent d'abondantes évacuations sans aucune trace de vers.

Pour ajouter aux deux observations de M. Brunet, relativement à l'expulsion des tænias au moyen de cette pâte composée de semence de citrouille et de sucre, M. Sarraméa a présenté à la même Société deux tænias qui ont été rendus par deux jeunes gens après avoir mangé de cette pâte. L'un d'eux avait déjà rendu un très-long fragment de cet entozoaire, il y a environ un an, au moyen de la décoction miellée d'écorce de racine de grenadier. Mais depuis cette époque, il avait absolument refusé de prendre ce nouveau médicament, à cause de sa dégoûtante saveur. Aujourd'hui, il a pris sans répugnance la pâte indiquée, et le ver a été expulsé après la troisième dose. Le second individu a rendu le sien après la première dose. Les deux sujets dont il est question se sont plaints tous les deux, non point de la mauvaise saveur du médicament, mais de sa difficulté à être digéré. Il paraîtrait, d'après leur dire, que cette pâte est très-lourde et fatigue l'estomac et les intestins de son poids. — La dose prescrite et administrée a été celle indiquée plus haut, prise en une seule dose le matin à jeun. Vu le malaise que ce remède occasionne aux viscères digestifs, M. Brunet croit plus convenable de l'administrer le soir. (*Journal de méd. de Bordeaux*, janvier 1846.)

UTÉRUS (*Des cas de dystocie qui peuvent exiger le débridement du col de l'*). Dans un Mémoire très-intéressant, publié par M. le docteur Edouard Laborie, l'importante question du débridement du col de l'utérus dans les cas où la dystocie dépend d'une résistance toute vitale de cet organe, a été traitée sous un point de vue pratique qui prouve que l'auteur a cherché les bases de son travail dans l'étude clinique de faits bien observés. « Il arrive quelquefois que chez une femme parvenue

au terme de la grossesse, toutes choses étant du reste à l'état normal, le commencement du travail ayant lieu, on voit se dérouler les phases diverses de ce travail avec une régularité apparente; les membranes se rompent, les eaux de l'amnios s'écoulent, tout indique que la délivrance est prochaine. L'accoucheur vient-il alors à examiner la malade, il trouve le col utérin presque entièrement fermé, dur, résistant, ne subissant aucune modification sous l'influence de la pression exercée par la partie du fœtus qui se présente. La femme est bien conformée, la présentation est bonne : où peut être l'obstacle qui paralyse l'effet des efforts de la nature? Il est évident qu'il est au col, seule partie de l'organe utérin qui n'a subi aucune modification, au milieu des changements survenus dans le corps même de la matrice.» Après cet exposé des conditions dans lesquelles s'observe la rigidité, pour ainsi dire, du col, l'auteur convient que le plus souvent elle peut céder à l'usage des saignées, des narcotiques et des antispasmodiques, mais quelquefois aussi ces moyens échouent; la résistance du col ne peut être vaincue, et il peut survenir des accidents capables de déterminer la mort, soit par épuisement, soit à la suite de convulsions: presque constamment aussi l'enfant succombe quand la poche des eaux s'est rompue; c'est dans ce cas grave que l'auteur, ancien chef de clinique de M. Paul Dubois, nous apprend que ce professeur a recours au débridement du col, soit à l'aide d'un bistouri boutonné, soit à l'aide de ciseaux courbes sur le côté; et constamment cette manœuvre a été couronnée de succès. M. Laborie en cite trois observations puisées dans la pratique du maître. Quant au manuel opératoire, il est très-exactement raisonné par l'auteur, qui conseille de pratiquer le débridement multiple, sans jamais dépasser un centimètre de profondeur; il fait remarquer que dès que l'instrument a rompu l'ensemble de la résistance du col, en détruisant la continuité des fibres musculaires du col, la rigidité est diminuée, et cède même quelquefois entièrement sous le tranchant de l'opérateur. Tout en faisant connaître la puissante action du débridement, M. Laborie recommande cependant de n'y recourir qu'en désespoir de cause, et en cela nous ne saurions trop applaudir à l'excellent esprit dont il fait preuve; car, comme il le fait remarquer, si dans une série de faits tous probants, il n'a pas eu l'occasion de signaler un seul accident sérieux à la suite de l'opération, cela ne veut pas dire qu'il n'y en ait jamais à redouter, puisque chez une femme le débridement, fait avec toutes les précautions que nous avons indiquées, a donné lieu à une hémorrhagie assez grave pour avoir fait concevoir quelque temps des inquiétudes : néanmoins, l'accouchement s'est heureusement terminé. (*Gazette méd. de Paris*, janvier 1846.)

VOMISSEMENTS *des femmes enceintes* (*Emploi de l'oxyde noir de mercure contre les*). Nous avons récemment appelé l'attention des praticiens (t. 27, p. 388), sur quelques cas d'épuisement et de mort occasionnés par les vomissements opiniâtres pendant la grossesse. M. Chailly se demandait si, dans ces cas désespérés, il n'y avait pas lieu de provoquer l'accouchement prématuré artificiel, la vie de la femme étant avant tout ce que l'on doit considérer; et il penchait pour l'affirmative. M. le professeur Forget de Strasbourg vient de citer à la Société médicale du Bas-Rhin un cas de mort due à cette cause. La femme est morte au sixième mois, par suite de ces vomissements nerveux qui, ayant atteint une opiniâtreté extrême, avaient réduit la malade au dernier degré d'émaciation. Aucun traitement, ni rationnel, ni empirique, n'avait rien fait, et l'autopsie n'a pas montré la moindre lésion.

Cette communication est faite à l'occasion de deux observations de cette nature, lues par M. le docteur Stackler, qui, dans les deux cas, est parvenu à maîtriser les accidents par l'usage de l'oxyde noir de mercure, à la dose de 5 centigrammes par jour. Ce médicament n'a eu aucun inconvénient entre ses mains, et n'a pas amené la moindre trace de salivation. M. le docteur Janger a cité à son tour, à la Société, de nouveaux faits de convulsions hystériques, de vomissements sympathiques d'un état utérin, guéris par l'oxyde noir de mercure. Ce médicament est, suivant lui, si approprié à l'état d'irritation de ce viscère, qu'il convient également dans l'état de grossesse et de vacuité. (*Gaz. méd. de Strasb.*, janv. 1846.)

VARIÉTÉS.

Les Sociétés de médecine qui se sont formées dans les départements depuis quelques années sont, et nous nous en félicitons, nombreuses et actives. Nous en publierons prochainement la liste. On s'y occupe avec zèle de la science, et surtout de médecine pratique. Plusieurs de ces centres scientifiques ont donné naissance à des recueils de médecine estimés ; Lyon, Montpellier, Toulouse, Bordeaux, Nantes, Marseille, Tours, etc., ont leurs journaux de médecine. La capitale y puise des faits intéressants et précieux en retour des travaux qu'elle transmet et du mouvement intellectuel qu'elle sollicite et qu'elle soutient dans la province. Cet échange est dans l'intérêt de tous; il sert l'émulation et favorise puissamment les perfectionnements de l'art. Jamais à aucune époque la province n'a autant pesé dans la balance. C'est justice qu'il en soit ainsi. Les hommes distingués dans les diverses branches de l'art de guérir ne sont pas rares dans les départements; nous en connaissons plusieurs dont le mérite est au moins égal, sinon supérieur à nos plus hautes célébrités parisiennes. Ce qui manque à ces hommes d'élite, c'est l'élan, c'est l'occasion. La presse est le moyen d'union le plus normal qu'ils puissent avoir, non-seulement avec leurs confrères de Paris, mais aussi avec le public médical de France. Elle seule peut répandre les résultats de leur sage et intelligente pratique autant qu'ils méritent de l'être. Nous l'avons toujours compris ainsi, et nous avons la satisfaction de penser que la publicité que nous avons largement ouverte dans ce recueil aux travaux d'un grand nombre de praticiens de province a servi à jeter quelque lustre sur les noms de plusieurs d'entre eux. Nous devons, de notre côté, à ces confrères, une partie de nos succès, car la thérapeutique n'a pu reprendre son importance et sa valeur que par le concours et les efforts de tous.

Nous pouvons donner la certitude que la loi sur l'exercice de la médecine sera présentée aux Chambres dans cette session par le ministre de l'Instruction publique. Sera-t-elle discutée? Personne ne peut le dire.

Le corps médical en Belgique souffre et s'agite comme celui de France; il réclame des améliorations importantes dans la législation qui le régit. Comme celui de France, il a compris qu'à défaut de la loi, il devait se protéger lui-même, aussi de toutes parts s'organisent des Associations, des Commissions médicales pour veiller à la défense des intérêts moraux et matériels de la profession, et poursuivre le charlatanisme. La *Gazette médicale belge* est le promoteur et l'organe de ce mouvement auquel nous applaudissons.

Une question grave, difficile, et que nous ne pouvons juger au point de vue de la France, occupe en ce moment les médecins de ce pays. Par une déplorable disposition de la loi du 12 mars 1818, la confusion la plus grande s'est établie, non-seulement dans les campagnes, mais dans un grand nombre de villes, entre les fonctions des médecins et celles des pharmaciens. Si nous avons bien compris, cette loi autorisait les médecins et chirurgiens du *plat-pays*—cela veut dire, nous présumons, campagnes et villages, — et des *villes assimilées au plat-pays*,—ce qui ne se comprend plus aussi bien — à

préparer et à fournir eux-mêmes les médicaments aux malades. De sorte que, dans le plat-pays, les médecins préparent et vendent des médicaments, et quelques-uns ont officine ouverte. Il s'ensuit nécessairement un conflit qui ne tourne pas à l'avantage des pharmaciens qui viennent s'y établir. Au bout d'un certain temps ils sont obligés de rentrer dans les villes, si mieux ils n'aiment vendre dans leurs boutiques des couleurs et des épiceries; certains luttent encore on faisant du charlatanisme et en donnant des consultations médicales.

Cette situation est réellement intolérable; tout le monde le comprend : mais comment la faire cesser sans ruiner complétement les médecins de campagne? La position des pharmaciens est certainement digne du plus grand intérêt; mais, disent les médecins, quand ils ont été reçus, ils devaient connaître la loi et savoir que les *campagnes leur étaient fermées*.

L'Académie de médecine de Belgique, saisie de cette question, a reculé devant les conséquences de l'interdiction de la vente des médicaments par les médecins du plat-pays, sollicitée par les pharmaciens. Elle a maintenu par son vote l'article 11 de la loi du 12 mars 1812, en y ajoutant seulement une nouvelle explication des mots « *dans les villes assimilées au plat-pays.*» D'après cette disposition, les médecins n'auront plus le *droit* de livrer des médicaments à leurs malades à l'exclusion des pharmaciens que dans la campagne et les petits villages. Il leur sera interdit de le faire dans les villes, petites villes, gros bourgs et campagnes riches, qui seront sans doute déterminés par un arrêté et déclarés non assimilables au plat-pays. La vente des médicaments par les médecins est protégée en ce moment par les droits acquis; mais elle cessera à mesure par l'extinction de ceux qui en profitent aujourd'hui; et conséquemment elle sera interdite à tout nouvel arrivant. C'est le moyen terme, le seul moyen de conciliation qu'on a pu trouver pour la réparation d'abus criants, il faut le dire, car ils n'allaient à rien moins, par le défaut d'institution de Commissions médicales dans certaines villes pour les réformer, ils n'allaient à rien moins qu'à faire disparaître de ces villes tout pharmacien. Croirait-on qu'à l'heure qu'il est, dans la ville de Lokeren, qui compte au delà de 16,000 habitants, il n'existe pas un seul pharmacien, et qu'un semblable état de choses pourrait avoir lieu, si tel eût été le *bon plaisir* des médecins, à Nivelles, Ostende, Spire, Audenarde, Charleroy, Binche et dix autres villes que mentionne la *Gazette médicale belge?* Nous nous bornons à ce peu de mots, qui suffiront pour faire connaître l'état des choses. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'en Belgique une section importante de la médecine souffre et est malheureuse. Il y a indubitablement plus de pharmaciens que le pays n'en peut faire vivre : aussi quelques personnes demandent-elles la limitation du nombre des pharmacies.

Un changement très-important s'opère en ce moment dans l'administration des hôpitaux de Lyon. L'hôpital de l'Antiquaille, qui était administré à part jusqu'ici, a été réuni, par une ordonnance royale du 30 juin 1845, à l'Hôtel-Dieu ou hôpital général, à la Charité, et à un nouvel hospice, celui du Perron, ouvert aux incurables des deux sexes depuis 1844. Une seule Commission administrative, dont l'installation vient d'avoir lieu, aura la direction de ces établissements.

A Lyon, comme à Paris, comme partout, on se plaint du pauvre rôle que

jouent les médecins même dans l'administration des hôpitaux qui serait pourtant un peu de leur compétence. Cela changera, il faut l'espérer, mais il faut auparavant que les médecins changent eux-mêmes. Ils n'auront une véritable importance que par l'esprit de corps. Les administrations des hôpitaux font bon marché des médecins, parce qu'elles savent bien qu'en les prenant individuellement, elles les auront à merci dans leur isolement, quelles que soient les conditions qu'elles imposent.

Le Congrès a demandé que les Écoles préparatoires de médecine devinssent universitaires. M. le ministre de l'instruction publique a compris la légitimité de ce vœu et tient à le réaliser. Il demande dans le budget de cette année une somme de 60,000 fr. pour faire entrer dans l'Université trois Écoles préparatoires. On présume que cette allocation s'appliquera à Lyon, Bordeaux et Toulouse. L'année prochaine, on agira de même pour un certain nombre d'autres écoles. Il est plus que probable, néanmoins, que le tiers environ de celles qui existent ne profiteront jamais de la mesure.

Si l'on en croit certains bruits, il serait question de demander aux Chambres la somme nécessaire pour achever le bâtiment de l'Hôpital des Cliniques, et de compléter ainsi ce bel établissement. Le projet de M. Orfila serait d'affecter, dans cet établissement, une salle particulière de douze lits aux élèves en médecine malades, qui trouveraient tous les soins désirables dans cette infirmerie, dont les professeurs de clinique feraient le service à tour de rôle. On ne saurait trop applaudir à cette mesure, et désirer qu'elle reçoive une prompte exécution.

Nomination de correspondants à l'Académie de Médecine. — L'Académie, dans sa séance du 24 février, a procédé à la nomination des correspondants que nous avions annoncée. La liste des candidats était de quarante; l'Académie a nommé au scrutin les vingt correspondants dont les noms suivent: MM. Sédillot, professeur à la Faculté de Strasbourg; Payan, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Aix; Hullin, docteur en médecine à Mortagne (Vendée); Gorre Gassicourt, chirurgien de l'hospice de Boulogne; Bonnet, professeur à l'Ecole prép. de Poitiers; Defermon, médecin à Alençon; Rétif, médecin des hospices à Sens; Parchappe, prof. à l'Ecole prép. de Rouen; Pointe, prof. à l'Ecole de Lyon: Dieulafoy, chirurgien de l'Hôtel-Dieu à Toulouse; Derbeims, pharm. à Saint-Omer; Bernard, direct. de l'Ecole vétér. à Toulouse; Rufz, médecin à Saint-Pierre (Martinique); Charcelay, prof. à l'Ecole de Tours; Négrier, prof. à l'Ecole d'Angers; Ehrmann, prof. à la Faculté de Strasbourg; Putégnat, médecin à Lunéville; Girardin, correspondant de l'Acad. des sciences à Rouen; enfin la dernière place est disputée par MM. Durand Fardel, médecin à Châtillon-sur-Loing, et Stiévenard, médecin de l'hôpital de Valenciennes, qui ont eu un égal nombre de voix. Aucun parti n'a été pris à cet égard.

Le budget du ministère de l'instruction publique porte une allocation pour la création de trois chaires nouvelles : 1° chaire d'anatomie pathologique, à Montpellier; 2° chaire d'histoire de la médecine, à Strasbourg;

3º chaire d'anatomie comparée, à Paris. La Commission du budget a ajourné, dit-on, le vote des crédits pour quelques-unes de ces fondations. Nous ne savons quelles sont les Facultés qui seront les victimes ou les préférées.

Le Congrès médical a rejeté les médecins cantonaux, au moins institués d'une manière générale, par plusieurs considérations importantes, dans les détails desquelles nous ne pouvons entrer. Entre autres choses, l'on a craint que la création des médecins cantonaux, dans les pays aisés, ne fût nuisible au reste du corps médical; qu'elle ne plaçât, aux yeux surtout des populations rurales peu éclairées, les médecins ordinaires dans une position secondaire par rapport aux médecins cantonaux; que cette nouvelle armée de fonctionnaires publics, au nombre d'environ cinq mille, ne fût une aristocratie illégitime sous la dépendance du pouvoir; le Congrès, enfin, a eu la crainte que le gouvernement ne reculât devant une dépense annuelle d'environ cinq millions, nécessaires pour un traitement moyen de 1,000 francs pour chaque médecin; et, par conséquent, qu'il ne refusât la suppression des officiers de santé, par cela seul qu'il fallait, pour les remplacer, nécessairement instituer des médecins cantonaux.

M. le docteur Eissen, médecin communal à Strasbourg, n'a compris ou du moins n'a admis aucune de ces raisons, qui ont pourtant une grande valeur; car voici le plan hiérarchique du personnel médical administratif de France qu'il propose, et dont il développe les avantages dans la *Gazette médicale* de Strasbourg :

1º *Un Conseil supérieur de santé*, composé de sept membres, tous médecins, ayant le titre d'inspecteurs-généraux du service de santé, résidant à Paris;

2º Quatre-vingt-six *Directeurs du service sanitaire départemental*, médecins également, résidant aux chefs-lieux des départements;

3º *Un médecin cantonal* par circonscription de justice de paix;

4º *Un ministre* chargé de la direction supérieure du service sanitaire.

Nous ne pouvons que louer les idées généreuses de M. Eissen; mais il nous permettra de ne pas en voir la réalisation dans le réseau administratif dont il voudrait envelopper notre profession, éminemment indépendante et libre. Assurément, il y a mieux à faire que ce qui existe pour le traitement des malades indigents des campagnes; mais ce sont moins, même de son aveu, les soins médicaux que les médicaments qui leur manquent. Quant à l'hygiène publique, à la statistique médicale, à la police médicale, nous l'engageons à en laisser le soin aux Conseils médicaux, aux associations médicales libres, qui se constituent en ce moment dans les arrondissements.

Edit de 1707 *sur l'étude et l'exercice de la médecine en France.* Un des rédacteurs de la *Gazette médicale* de Strasbourg a exhumé un édit du roi Louis XIV, donné à Marly au mois de mars 1707, portant réglement pour l'étude et l'exercice de la médecine. L'on peut voir par cette loi surannée que les affaires médicales étaient alors mieux réglementées qu'aujourd'hui. Même à cette époque de souveraineté royale jalouse, le concours pour les places de professeurs, qu'on croit de création moderne, existait. L'article 6 de l'édit porte : « Voulons que toutes les chaires de professeurs qui vaquent

actuellement, ou qui vaqueront à l'avenir, soient mises à la dispute, et qu'après que les aspirants à ladite chaire auront fait les leçons, démonstrations et autres actes probatoires, la chaire vaquante soit adjugée à celui qui sera trouvé le plus digne à la pluralité des suffrages, lesquels seront donnés au scrutin. »

L'art. 10 prescrit les inscriptions trimestrielles des étudiants ; en vertu de l'art. 13, nul ne pouvait prendre sa première inscription avant d'avoir fait sa philosophie, et l'art. 18 exige le titre de maîtres ès arts pour être admis à prendre des grades dans les Facultés de médecine. On exigeait, par conséquent, il y a cent cinquante ans, autant d'instruction préliminaire qu'aujourd'hui ; car les études en philosophie et le diplôme de maître ès arts équivalaient à nos titres de bachelier ès lettres et ès sciences.

D'après l'art. 14, trois années d'études étaient exigées, à la fin de chacune desquelles il y avait un examen. Mais il en fallait un quatrième pour l'obtention des grades, qui étaient celui de bachelier, celui de licencié et celui de docteur. L'examen de bachelier devait durer trois heures, celui de licencié, quatre heures, et celui de docteur ne devait pas être de moins de cinq heures.

L'art. 26 fixe une peine de cinq cents livres d'amende contre tout exercice illégal de la médecine. Il interdit formellement à toute personne étrangère à la médecine, sous l'application de la même peine, de donner aucun remède, *même gratuitement*. — L'amende de cinq cents livres était autre chose que celle de quinze francs, à laquelle maint charlatan se fait condamner, uniquement pour faire un peu de bruit.

Un abus dont on se plaint encore aujourd'hui, existait alors : c'était l'exercice illégal de la médecine par les religieux ou religieuses. Il est curieux de voir comment, à cette époque d'omnipotence sacerdotale, la loi était sévère contre ce délit. Voici le texte de l'art. 27 : « Voulons que tous religieux mendiants ou non mendiants, soient et demeurent compris dans la prohibition portée par l'article précédent ; et, en cas de contravention de la part de ceux qui ne sont pas mendiants, voulons que l'amende ci-dessus de cinq cents livres soit payée par le monastère où ils font leur demeure ; et, à l'égard des mendiants, ils seront renfermés pendant un an dans une des maisons de leur ordre, éloignée de vingt lieues au moins des lieux où ils auront pratiqué ; et, en cas qu'ils en sortent pendant ledit temps, au préjudice de nos défenses, permettons à la Faculté de médecine la plus prochaine, de les faire arrêter, en obtenant préalablement la permission du lieutenant-général de police des villes où la Faculté sera établie.»

Enfin, l'édit de 1707 a prévu le cas dont on se plaint généralement aujourd'hui : la complaisance coupable des magistrats — On lit dans l'art. 28 : « Défendons très-expressément à nos juges et à ceux des seigneurs hauts-justiciers, sous peine d'interdiction, de permettre l'exercice de la médecine à d'autres qu'à ceux qui justifieront avoir obtenu le grade de licencié. »

Aujourd'hui, quel est le procureur du roi qui se charge de poursuivre d'office les individus qui pratiquent illégalement ? Il faut à la justice un accusateur, une partie civile, à laquelle on puisse faire payer les frais. Un médecin isolé ne peut être cet accusateur. Mais le bureau des associations qui se forment pourra remplir sans inconvénient cet office.

Voici le tableau des réceptions d'officiers de santé faites par les jurys médicaux en 1845. Dans la circonscription de Paris, 14 départements ont fourni 73 officiers de santé; le Pas-de-Calais seul compte 10 réceptions. Dans la circonscription de Montpellier on a reçu, pour 11 départements, 59 officiers de santé. Dans la circonscription de Strasbourg, les réceptions ont été de 29 pour 7 départements. Ce qui fait pour toute la France 161 réceptions d'officiers de santé pour 1845. C'est un accroissement notable sur les années précédentes.

Les personnes qui, comme nous, tiennent à l'union et à la force du corps médical de France, apprendront avec plaisir que la seconde ville de France, Lyon, a suivi l'exemple de Paris et est aujourd'hui complétement organisée. Vu l'importance de la ville de Lyon, la Commission permanente avait nommé trois correspondants qu'elle avait spécialement chargés de convoquer les médecins, afin de se constituer eux-mêmes en association régulière par l'élection d'un président et d'un secrétaire. Les correspondants désignés par la Commission sont MM. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, Rougier, secrétaire-général de la Société de médecine, et Munaret, médecin à Brignais, pour la banlieue. La réunion générale a eu lieu le 9 février, dans la salle des séances de la Société de médecine, au palais Saint-Pierre. M. le docteur Rougier, qui avait déjà fait les démarches nécessaires, à la mairie, pour l'autorisation de la réunion, a prononcé un discours afin d'expliquer le but de la réunion et l'utilité de l'association. Nos lecteurs verront le résultat de cette assemblée par l'extrait d'une lettre que nous avons reçue de M. Pétrequin.

« L'assemblé a été nombreuse et imposante; je puis certifier que notre appel a été bien fait, puisque un si grand nombre de confrères y ont répondu, de la ville, des faubourgs et de toutes les bourgades et campagnes du département; un docteur qui ne pouvait s'y rendre m'a envoyé un certificat légalisé par le maire, attestant la nécessité de son absence. Nous avons obtenu cent dix à cent douze signatures pendant la seule séance. On a nommé au scrutin un bureau composé d'un président, M. le docteur baron de Polinière, et d'un secrétaire, M. Munaret, qui avait manifesté le désir d'être investi de cette charge honorable. Puis nous avons fait procéder à la nomination d'une Commission chargée d'élaborer le plan et les statuts d'une association médicale. L'assemblée nous a, par acclamation, adjoints, M. Rougier et moi, à la Commission qu'elle a ensuite nommée au scrutin, savoir : MM. Mermet, de Laprade, et Barrier. Elle compte ainsi cinq membres, auxquels le président et le secrétaire viennent naturellement se réunir. Lyon et la banlieue y sont représentés; c'est une combinaison favorable.

« L'association est donc maintenant constituée régulièrement à Lyon. »

Grâce au Congrès, la famille médicale, qui jusqu'ici a vécu dans l'isolement, va se trouver unie par un lien confraternel. Tout fait espérer qu'avant la fin du printemps les associations médicales d'arrondissements seront organisées dans toute la France. Les vœux exprimés par la Commission permanente ont trouvé de toutes parts sympathie et dévouement. Ainsi, dans sa circulaire n° 1, la Commission engageait les adhérents au Congrès à agir, soit individuellement, soit collectivement, près des députés de leurs localités,

pour leur faire connaître les vœux du Congrès et pour leur demander d'y être favorables. Ce conseil a été admirablement écouté. Déjà près de *deux cents* communications ont été adressées à ce sujet, communications détaillées et précieuses, qui assurent à la Commission permanente le concours d'un très-grand nombre de députés lorsque la loi sera présentée. Ce résultat est d'une grande importance, car il donne la mesure de la force et de la puissance que le corps médical pourra mettre en œuvre lorsque, sur tous les points, il agira de concert et avec harmonie pour assurer les intérêts de nos professions.

L'appel de la Commission permanente a été entendu, au delà de toute prévision, par les correspondants qu'elle a choisis dans les arrondissements, pour provoquer d'office une première réunion du corps médical, de manière à constituer immédiatement un bureau provisoire ou définitif. Elle a reçu *quatre cents* communications relatives à l'association; *deux cent cinquante* personnes ont accepté le titre de correspondants, représentant *soixante-dix-huit* départements. Plus de *cent associations* se sont immédiatement formées et constituées; un très-grand nombre d'autres sont en voie d'organisation. De toutes parts les mêmes intentions se manifestent. Une instruction suivie d'un projet de règlement est actuellement sous presse et sera adressée sous peu de jours aux présidents des associations existantes et aux correspondants, là où les associations ne sont pas encore constituées. La Commission permanente y expose ses vues, ses idées, 1° sur le but des associations; 2° sur leur organisation dans les arrondissements; 3° sur le lien qui doit les unir à un centre commun siégeant à Paris.

Une décision étrange et qui contraste singulièrement avec les idées et les mœurs de notre temps, a été prise par le Conseil général des hôpitaux de Paris: elle prouve le peu de cas que l'on fait des médecins. C'est bien, car à la fin, les médecins réunis réagiront, je l'espère, pour reconquérir la position qui leur est due.—A propos d'un chirurgien des hôpitaux, qui avait demandé l'autorisation de faire une clinique, le Conseil a pris un arrêté dont voici le sens et presque les termes: «Le Conseil, considérant, 1° que les cliniques sont toujours une cause de souffrances physiques et morales pour les malades; 2° que si le besoin de la science les réclame, ce besoin est satisfait par les cliniques régulières de la Faculté dont le nombre est fixé par l'autorité supérieure; 3° qu'il n'y a lieu de faire d'exception à cet égard que pour les cliniques de maladies spéciales; attendu que la clinique demandée n'appartient ni à l'une ni à l'autre de ces catégories, arrête : la clinique demandée n'aura pas lieu.»

Nous sommes loin, on le voit ici, de l'esprit du Congrès : *l'enseignement clinique libre*. Aussi la Commission permanente s'est-elle émue de cet événement; elle a demandé et obtenu de M. le préfet de la Seine une audience; elle lui a exposé les raisons qui devaient l'empêcher de donner sa sanction par sa signature à l'arrêté du Conseil. M. le préfet a écouté la Commission avec intérêt, et lui a demandé un mémoire écrit, qui a été rédigé et envoyé deux jours après. Les renseignements que nous avons pris nous permettent de croire que les arguments de la Commission ont fait impression sur le premier magistrat de la cité. L'on dit que l'arrêté du Conseil des hôpitaux n'aura pas de suite. — Comprend-on la gravité d'une pareille pensée arti-

culée par le Conseil des hôpitaux? Quoi! les médecins soumettent leurs malades à des souffrances physiques et morales! Le Conseil, par son arrêté, se proclame le défenseur du pauvre! contre qui? contre les médecins. Ce sont les médecins qui torturent le pauvre; c'est le Conseil des hôpitaux qui le protége et le soutient.

Nous dirons au Conseil des hôpitaux : s'il y a des abus patents, incontestables, et il peut y en avoir, c'est mal d'agir, comme vous le faites toujours, en recourant à des mesures générales qui humilient, qui blessent tous ceux qui n'ont rien à se reprocher. Le moyen le plus sûr que vous ayez de ramener à la ligne du devoir ou des convenances celui qui aurait le tort de s'en écarter, c'est une démarche directe et personoelle d'un membre du Conseil auprès de lui. Vous pouvez être sûrs alors du résultat, car vous aurez le droit de sévir, sans qu'on puisse vous blâmer si vous ne l'obtenez pas.

On s'occupe beaucoup depuis quelque temps, en Angleterre, de réforme médicale. Une assemblée composée de l'élite des professeurs s'est intitulée *Association nationale*, et s'est donné pour mission d'obtenir du gouvernement la répression des abus qui nuisent à la profession, et la réalisation des mesures qui doivent assurer sa prospérité. Dans ce but, une Commission a été choisie pour servir d'interprète entre le gouvernement et l'association nationale. Une partie de la presse médicale a attaqué cette Commission de la manière la plus violente, et, séparant sa cause de cette dernière, a fait peser sur elle seule la responsabilité de ses transactions avec le gouvernement. Dans cet état de choses, l'association nationale, dans une séance spéciale du 27 novembre 1845, après avoir délibéré s'il fallait répondre ou non aux attaques de la presse, a pris le parti de protester, par une lettre signée de tous les membres présents, contre les insinuations malveillantes dont les secrétaires honoraires et le président avaient été l'objet. Cette lettre atteste en outre que toutes les mesures présentées à la sanction du gouvernement par la Commission avaient été préalablement soumises à l'approbation de l'assemblée générale.

Un fait d'une grande excentricité vient de se passer dans une des Écoles médicales d'Angleterre. Les étudiants de l'École de Westminster oot adressé une plainte à la Commission des professeurs contre M. Hale Thompson, chirurgien de l'hôpital de cette ville, qu'ils disaient incapable comme professeur et comme opérateur. Chose extraordinaire, cette plainte a été accueillie par ses collègues, et les membres de l'hôpital de Westminster ont consenti à une enquête, ils l'ont même exigée. Cette enquête a eu lieu. Les faits ont été discutés en présence des témoins; on a soumis à la critique l'opportunité des opérations, les modes d'exécution, et jusqu'aux doses des médicaments. M. Thompson, fidèle, selon nous, aux saines doctrines en fait de responsabilité médicale, a refusé de répondre et de donner des renseignements. La terminaison de cette affaire a été que dans une assemblée générale on a adopté la résolution suivante : « L'opinion de l'assemblée est qu'il résulte de cette enquête qu'il ne subsiste aucune imputation quelconque contre l'habileté du professeur. » Que deviendrait-on si, sur des accusations portées ici par des étudiants, là par le peuple, tous les faits médicaux pouvaient devenir l'objet d'une enquête?

Voici un tableau statistique des hôpitaux civils dans les principales villes de l'Europe. On y verra, en regard de la population de ces villes, le nombre de lits affectés dans les hôpitaux au service des pauvres, et la mortalité de ces mêmes hôpitaux. Une chose qui frappera, c'est l'insuffisance des hôpitaux pour la population et l'énorme mortalité qu'on y observe.

	Population.	Lits dans les hôpitaux.	Mortalité. par an.	par jour.
Londres....	2,000,000	3,000	45,000	123
Paris...........	900,000	10,000	21,900	60
Vienne.........	330,000	5,700	17,000	46
Berlin..........	365,000	3,000	9,000	30
St-Pétersbourg..	476,000	6,000	11,000	30

Assainissement des amphithéâtres d'anatomie. M. le docteur Sucquet, préparateur du Musée d'anatomie de l'école de Paris, a fait depuis trois ans des expériences très-concluantes sur l'assainissement des amphithéâtres; il résulte de ses recherches qu'au moyen de deux solutions, l'une de sulfite de soude et l'autre de chlorure de zinc, on met ces lieux, ordinairement si malsains, dans des conditions hygiéniques très-convenables. L'École pratique a reçu dans l'année 1845 près de deux cents sujets injectés avec la solution de sulfite de soude. Dans ce moment les dissections sont nombreuses; les sujets restent sur les tables de vingt à trente jours, et les amphithéâtres, où l'on respirait autrefois une atmosphère infecte, où l'on marchait sur des dalles humides de sang et de boue, sont aujourd'hui sans odeur appréciable, sablés d'un sable sec et fin, et chauffés convenablement. Chaque cadavre entier reçoit une injection de quatre litres de sulfite de soude à la température ordinaire. Ainsi préparés, les corps résistent à la putréfaction; mais cette action conservatrice n'est pas absolue en définitive. Lorsqu'une région du corps qui a été disséquée reste, après son étude, exposée au contact de l'air, elle s'altère au bout de dix à quinze jours. Il faut alors laver ces parties avec un moyen antiseptique plus actif, c'est la solution de chlorure de zinc. Dans l'amphithéâtre un service est organisé; tous les matins les parties abandonnées et découvertes, les cavités du tronc sont lavées avant leur altération avec du chlorure de zinc, et ainsi on prévient l'infection.

Importation des sangsues en France. — La quantité de sangsues fournie par les divers pays, en 1844, pour la consommation de la France, a été, indépendamment de la production du pays, de plus de 15 millions. Voici, d'après le tableau du commerce de la France fait par l'administration générale des douanes, les lieux de provenance qui ont le plus fourni : États sardes, 5,134,000; Association allemande, 4,170,000; Turquie d'Europe et d'Asie, 2,133,000; Algérie et Kabylie, 1,210,000; Angleterre, 679,000; Espagne, 616,000; la Suisse, 404,000; viennent ensuite les États barbaresques, la Belgique, les villes anséatiques, les Deux-Siciles et les États-Unis d'Amérique. — Total exact des sangsues introduites en France par le commerce, 15,232,673.

Souscription Bichat. — Le chiffre des sommes reçues le mois dernier était de 2,065 francs. Voici les souscriptions nouvelles depuis notre livraison de janvier.

MM. docteur Roche, à Toncy (Yonne), 5 fr.; doct. Missa, à Soissons, 20 fr.; doct. Fleurquin, *id.*, 5 fr.; la Société médicale du Haut-Rhin, à Mulhouse, 25 fr.; Cercle pharm. du Haut-Rhin, id., 25 fr.; doct. Buet, à Mareuil (Vendée), 10 fr.; Favre, médecin, à Mareuil, 5 fr.; Gadais, médecin, à Mareuil, 5 fr.; doct. Bouchet (Louis), à Bourbon-Vendée, 5 fr.; doct. Merland (Constant), *id.*, 5 fr.; doct. Houssard, à Avranches (Manche), 5 fr.; doct. Voisin, *id.*, 5 fr.; doct. Bouvet, *id.*, 5 fr.; doct. Gilbert, *id.*, 5 fr.; doct. Latouche, *id.*, 3 fr.; doct. Fortin, à Sartilly, 3 fr.; Lausard-Desjardins, pharm., à Avranches, 2 fr.; doct. Pleindoux père, à Nîmes, 5 fr.; doct. Berthet, à Cercou, 5 fr.; doct. Duroutgé, chirurg. aide-maj. au 3e léger, 10 fr.; doct. Savaëte, chirurg. aide-maj. au 3e léger, 3 fr.; doct. Maupin, chirurg. aide-maj. au 56e de ligne, 5 fr.; doct. Fée, chirurg. aide-maj. au 56e de ligne, 3 fr.; doct. Thierry de Maugras, chirurg. aide-maj., au 56e de ligne, 3 fr.; doct. Lacordaire, chirurg. au 9e chasseurs, à Mascara, 5 fr.; doct. Montagnac, chirurg. au 3e bataillon d'inf. lég. d'Afrique, à Mascara, 5 fr.; doct. Mayer, méd. en chef de l'hôp. milit., à Mascara, 5 fr.; doct. Haspel, méd.-adj. à l'hôp. milit., à Mascara, 5 fr.; doct. Delaunay, chirurg. aide-maj. à l'hôpit. milit., à Mascara, 3 fr.; Meunier, chirurg. sous-aide à l'hôpit.-milit., à Mascara, 2 fr.; Rueff, chirurg. sous-aide à l'hôpit. milit., à Mascara, 2 fr.; Bruley, chirurg. sous-aide à l'hôpit. milit., à Mascara, 2 fr.; Noguès, chirurg. sous-aide à l'hôpit. milit., à Mascara, 2 fr.; doct. Bonnal, chirurg. aide-maj., à Mascara, 3 fr.; Courbet, chirurg. sous-aide, à Mascara, 2 fr.; doct. Troy, chirurg.-maj. du 17e d'artill., à Lyon, 10 fr.; doct. Payen, à Paris, 2 fr.; Philippe, pharm. à Paris, 5 fr.; l'Association médicale de la Sarthe, 30 fr.; doct. Vallée, au Mans, 5 fr.; l'Association médicale de l'arrondissement d'Yssengeaux, 30 fr.; doct. Voisin, *id.*, 5 fr.; doct. Mordret *id.*, 5 fr.; Bachelier, *id.*, 5 fr.; Ménard, *id.*, 5 fr.; Lejeune, *id.*, 5 fr.; Guiet, *id.*, 5 fr.; Lecouteux, *id.*, 5 fr.; Fisson, *id.*, 5 fr.; Suhard, *id.*, 5 fr.; Longchamp, *id.*, 5 fr.; Janin, *id.*, 5 fr.; Pyrault, *id.*, 5 fr.; Barbier, *id.*, 5 fr.; Voisin, médec.. à Coulans, 5 fr.; Jacquemin, pharm., à Metz, 5 fr.; doct. Ruelle, à Vire (Calvados), 5 fr.; doct. Moulin de Perthoux, *id.*, 5 fr.; doct. Porquet, *id.*, 5 fr.; Debaire, méd., *id.*, 1 fr.; doct. Merrier, à Blois, 5 fr.; doct. Brocheton, *id.*, 5 fr.; doct. Baschet, *id.*, 5 fr.; Caille, pharm., *id.*, 5 fr.; doct. Renou, à l'Aigle (Orne), 5 fr.; la Société médicale de La Réole (Gironde), 25 fr.; doct. Bouvier, à Paris, 5 fr.; doct. Piorry, *id.*, 5 fr.; doct. H. Roger, *id.*, 10 fr.; la Société des pharmaciens de Nantes, 20 fr.; doct. Martin Solon, à Paris, 5 fr. — Total général de ce jour, 2,537 fr.

Le roi a ordonné, conformément aux vœux du Congrès médical, que le portrait de Bichat fût placé dans les galeries historiques de Versailles. M. le ministre de l'instruction publique a accordé une pension au frère de ce savant illustre.

La Faculté de médecine de Strasbourg a présenté comme candidats, pour une chaire de pathologie externe à Besançon, MM. Henry, docteur en médecine à Grandvelle, et Ordinare, chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de Besançon.—Pour une chaire de clinique interne à Dijon, MM. les docteurs Sanderet et Ripault.

Une ordonnance royale du 17 janvier retire le droit d'exercer en France, qui lui avait été accordé, au sieur Baruh, médecin étranger, reçu à l'Université d'Aberdeen. C'est le médecin poursuivi et condamné à Pontoise pour le concours qu'il a prêté à un charlatan dans un traitement arsenical qui a occasionné la mort d'une malade.

La médecine vient de faire une nouvelle perte. Un médecin distingué, un des membres les plus recommandables de l'Académie de médecine, M. Delens, inspecteur-général de l'Université sous la Restauration, pour les Facultés de médecine, est mort le 17 de ce mois, à peine âgé de soixante ans.

Sur le rapport de M. le garde des sceaux, le Roi vient d'accorder à M. le docteur Furnari la naturalisation exceptionnelle et la jouissance des droits civils et politiques du citoyen français.

Des lettres de la Perse annoncent que le choléra fait d'affreux ravages dans l'intérieur de l'Asie. Ce fléau, venant du Caboul, a déjà pénétré jusqu'au voisinage de Téhéran.

Dans sa séance du 18 février dernier, la Société d'encouragement pour l'industrie nationale a décerné à M. Meurdefroy, pharmacien-major en retraite, une médaille d'argent pour son Mémoire sur la reproduction des sangsues, qu'il avait adressé il y a plus de deux ans à cette Société. Des observations exactes, des recherches expérimentales importantes, décrites avec soin, rendent ce Mémoire digne de la distinction flatteuse qu'il a obtenue.

Le célèbre chimiste J. Liebig vient d'être créé baron par le grand-duc de Hesse-Darmstadt.

Il est question de placer, dans l'une des salles de l'Hôtel-Dieu de Paris, le buste d'Adrien Helvétius, célèbre médecin, aïeul de l'auteur du livre de l'*Esprit*, qui découvrit, à Paris, en 1686, l'usage de l'ipécacuanha. On sait qu'Helvétius reçut, pour cette découverte, une récompense de 1,000 louis d'or de Louis XIV, gratification qui fut pour lui la source de sa fortune et de nombreux honneurs.

L'Académie médico-chirurgicale de Ferrare (Italie) donne pour sujet de prix pour 1846 la question suivante : « Les symptômes, les caractères anatomiques, le diagnostic différentiel et le traitement de la syphilis tertiaire. » Les Mémoires écrits en italien, latin ou français, doivent parvenir, avant le 30 novembre prochain, franc de port, au secrétaire-général de l'Académie. Le prix est de la valeur de cent écus.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS SUR LES CAUSES, LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES PERTES SÉMINALES INVOLONTAIRES.

Par M. VALLEIX, médecin de l'Hôtel-Dieu (annexe).

Avant ces dernières années, on avait fréquemment parlé des pertes séminales involontaires, ou flux de semence, mais peu d'auteurs avaient attaché une grande importance à cette maladie, qui, pour un assez grand nombre de médecins, était restée problématique. On chercherait en vain dans les écrits de l'antiquité une description très-exacte de cette affection. On a cru, il est vrai, la trouver dans Hippocrate, sous le titre de *Consomption dorsale;* mais si l'on ne peut pas dire que dans les écrits du médecin grec il soit absolument question d'une tout autre maladie, il est certain que plusieurs états pathologiques se trouvent confondus sous le titre que je viens d'indiquer ; et de là l'impossibilité de reconnaître ce qui appartient en propre au flux de semence.

Parmi les auteurs qui, avant notre siècle, se sont plus spécialement occupés des pertes séminales involontaires, il faut placer en première ligne Wichmann, qui en a fait le sujet d'un ouvrage traduit et commenté par Sainte-Marie. Mais c'est à M. Lallemand qu'on doit les recherches les plus importantes sur ce sujet. Il a rassemblé un si grand nombre de faits, a institué une thérapeutique si complète de cette affection, qu'on peut presque dire qu'il en a doté la science. C'est principalement à l'occasion des opinions de ce dernier auteur que j'entreprends cet examen, afin de faire connaître quelles sont, dans ces opinions, celles dont la vérité est démontrée et celles qui sont encore contestables ; et, comme l'étude des causes, du diagnostic et du traitement est, sans contredit, ce qu'il y a de plus important pour le praticien, c'est à elle que je bornerai ces considérations.

Étiologie. Si nous recherchons quelles sont, parmi les causes prédisposantes, celles dont l'existence peut être regardée comme démontrée, nous voyons que, dans les faits rapportés par Wichmann et par M. Lallemand, il n'en est réellement aucune qui puisse supporter un examen critique un peu sévère. Certaines dispositions des organes génitaux, comme la longueur du prépuce, l'étroitesse ou la largeur exagérée du méat urinaire, l'atonie, la faiblesse congéniale des organes

génitaux, et en particulier des conduits éjaculateurs, peuvent se présenter fréquemment dans l'état de santé ou de maladie, sans que pour cela on observe rien qui ressemble à des pertes séminales involontaires. Il est même de ces dispositions qui, loin d'être des causes de l'affection dont il s'agit, peuvent n'en être que le résultat; et cette dernière réflexion s'applique aux autres causes prédisposantes admises par les auteurs, comme la susceptibilité nerveuse, la délicatesse de la constitution. L'existence de l'hérédité ne paraît pas mieux démontrée; et enfin, M. Lallemand reconnaît que les pertes séminales involontaires peuvent se produire sans cause appréciable.

On voit donc qu'il n'y a rien de positif dans ce qu'on nous a dit des causes prédisposantes. En sera-t-il autrement des causes occasionnelles? Si l'on a égard aux effets du traitement dans un certain nombre de cas, il n'est pas douteux qu'on n'ait pu assez fréquemment reconnaître les causes occasionnelles de ces pertes séminales, ou du moins de certaines affections désignées sous ce nom; car on verra tout à l'heure, quand je parlerai du diagnostic, que, pour un nombre de faits qui ne laisse pas d'être assez considérable, il est permis, dans l'état actuel de la science, de conserver quelques doutes sur la nature de l'affection. Les causes dont je veux parler sont l'inflammation chronique de la prostate et des conduits éjaculateurs, certaines affections cutanées des parties génitales et des environs de l'anus, les vers intestinaux ayant leur siége à la partie inférieure du rectum. Quant à la masturbation, aux excès vénériens, à la continence exagérée, à l'équitation, à l'abus de certaines substances, comme le tabac, le café, le thé, le camphre, etc., rien ne prouve d'une manière positive qu'on doive les regarder comme des causes occasionnelles; car le petit nombre de faits peu concluants cités en faveur de cette opinion paraîtra bien peu de chose lorsqu'on réfléchira à l'usage si répandu, et souvent si exagéré, de la plupart de ces substances.

Diagnostic. Le diagnostic est sans contredit le point le plus important que nous ayons à traiter. Il ne s'agit, en effet, de rien moins que de décider, d'après les faits, si les signes qu'on a donnés comme caractérisant parfaitement la maladie sont bien positifs; si, dans un certain nombre de cas, on n'a pas attribué à des pertes de semence un état occasionné par une tout autre affection des organes génitaux; si, en un mot, on n'a pas parfois cédé à cet entraînement qui porte les esprits à voir presque partout un état morbide dont on s'est particulièrement occupé. Cette question est d'autant plus intéressante, que, tandis que beaucoup de médecins ont encore les doutes les plus grands sur l'exactitude du diagnostic porté dans un grand nombre des observations pu-

bliées, ceux qui ont adopté entièrement les idées de M. Lallemand ne croient plus même nécessaire de discuter ce diagnostic. C'est ainsi que, tout récemment, M. Bouisson (*la Clinique médicale de Montpellier*, janvier 1846) a cité deux cas de guérison de pertes séminales causées par des oxyures ou une éruption cutanée, sans paraître supposer qu'on pût mettre en doute l'existence de la maladie.

Pour procéder avec méthode, il faut nécessairement, comme je l'ai fait dans un autre travail, diviser l'affection en trois espèces ou degrés ; car les doutes sont bien loin d'être les mêmes, suivant que l'on considère ces divers degrés. Il faut distinguer d'abord les *pollutions nocturnes*, qui, par leur exagération, peuvent devenir une véritable maladie. Sur l'existence de cette espèce, il n'est pas d'objection possible ; tous les médecins ont eu, plus ou moins fréquemment, l'occasion d'en observer des exemples. Ces pollutions, d'abord rares, deviennent ensuite de plus en plus fréquentes. Dans le principe, elles déterminent un orgasme prononcé, et les sujets s'éveillent au moment de l'éjaculation, ou peu de temps après. Puis, à mesure que ces pollutions se multiplient, l'érection devient moins complète, l'orgasme est plus faible, et les malades ne s'aperçoivent qu'ils ont eu une pollution qu'après s'être réveillés. Enfin, ces pollutions peuvent même avoir lieu sans orgasme, sans rêve érotique, ou du moins, rien ne prouve que ces conditions soient nécessaires.

Le diagnostic, en pareil cas, n'offre aucune difficulté. On trouve le sperme avec son odeur, sa couleur, sa consistance caractéristiques, lorsque le réveil suit l'éjaculation ; et, dans le cas contraire, on voit sur le ventre et sur les cuisses du malade des lamelles blanches, légèrement brillantes, auxquelles on redonne les caractères du sperme en les délayant avec un peu d'eau. S'il en était besoin, l'examen microscopique viendrait encore confirmer le jugement porté ; car on trouverait des animalcules spermatiques en grand nombre dans le liquide placé sur le porte-objet.

Une circonstance viendrait néanmoins, suivant M. Lallemand, apporter quelques difficultés à ce diagnostic. C'est que lorsque les pollutions nocturnes deviennent très-abondantes, le sperme est plus aqueux, et les animalcules peuvent être déformés, diminués de volumes, dépourvus de queue, se présenter, en un mot, sous forme de globules d'un tiers plus petits que les animalcules sains, et plus encore. Il est difficile, d'après les faits cités, d'apprécier cette assertion à sa juste valeur, et voici pourquoi : M. Lallemand a malheureusement négligé de présenter le résultat de l'examen microscopique pour chaque cas en particulier, ou du moins, pour chaque espèce de pertes séminales ; il

s'est contenté de donner sur ce point un aperçu général. Il en résulte nécessairement qu'on ne sait pas d'une manière positive quel est le degré de spermatorrhée qu'il faut avoir atteint pour que les animalcules se présentent dans l'état qui vient d'être indiqué. Je ne connais pour ma part qu'un seul fait qui vienne à l'appui de l'opinion de M. Lallemand. J'ai vu un sujet qui, dans un état de maladie chronique d'un des organes abdominaux, a eu plusieurs fois des pollutions nocturnes, dans lesquelles il ne rendait qu'un sperme fluide, aqueux, sans odeur caractéristique, et ne présentant que de petits globules. Je dois ajouter néanmoins que, dans ce cas, les pollutions n'étaient ni assez fréquentes, ni assez débilitantes, pour être regardées comme un véritable état de maladie.

Le second degré est constitué par des *pollutions diurnes*, qui ayant lieu avec un certain orgasme, parfois avec érection incomplète, et parfois aussi sans érection bien marquée, n'ont besoin pour être provoquées ni de l'émission des selles, ni de l'émission des urines. Les cas de ce genre sont beaucoup plus rares ; il est peu de médecins qui aient eu occasion d'en observer, et il en est beaucoup qui ne sont pas convaincus de leur existence. Elle ne peut cependant pas être niée. Plusieurs auteurs en ont cité des exemples convaincants. Pour ma part, j'en connais de très-curieux. Le docteur Walsh, professeur à Londres, a conduit à Paris, il y a quelques années, un malade qui, à la moindre idée lascive, au moindre spectacle voluptueux, avait une demi-érection promptement suivie d'éjaculation. Je pourrais multiplier les faits de ce genre. En pareil cas, tantôt après que l'érection a été déterminée par une pensée, une lecture lascives, la vue d'un objet excitant les désirs, il suffit du plus léger attouchement pour produire l'émission du sperme ; c'est le premier degré de la pollution diurne et celui qu'on observe le plus fréquemment. Les malades qui le présentent ne peuvent pas être appelés rigoureusement impuissants, et cependant ils le sont par le fait, puisque l'éjaculation étant extrêmement rapide, le coït ne peut avoir lieu, et qu'il faudrait des circonstances toutes particulières pour qu'il y eût fécondation.

A un degré plus avancé, l'attouchement n'est plus nécessaire, et plus tard encore, il n'est besoin ni de la vue d'un objet excitant les désirs, ni d'une lecture, ni même, dans certains cas, d'une pensée lascive, pour produire l'éjaculation. Il est vrai que, relativement à la nécessité d'une pensée lascive, on ne peut que s'en rapporter aux malades; mais, dans deux cas dont j'ai eu connaissance, l'interrogatoire a été assez bien fait, et les malades avaient trop peu d'intérêt à tromper, pour qu'on ne juge pas le fait comme au moins très-probable.

Les cas dont je parle sont du plus haut intérêt. L'affection, lorsqu'elle présente cette forme, peut, en effet, être longtemps méconnue, et cependant deux observations dont j'ai connaissance prouvent combien il est important de la reconnaître. Dans ces deux cas, les malades n'avaient rien moins qu'une monomanie suicide qui s'était manifestée par les tentatives les plus graves.

Obs. Chez le premier malade, on ne soupçonna pas d'abord l'existence des pollutions diurnes; mais, un jour, M. le docteur Lisle, médecin de la maison de santé dirigée par M. Leuret, aperçut dans l'attitude du sujet quelque chose d'insolite. Pressé de questions, le malade refusa d'abord de répondre; mais l'interrogatoire devenant plus pressant, il finit par dire qu'à des intervalles variables, il éprouvait une certaine commotion générale, une espèce d'étourdissement, un orgasme singulier en un mot, et qu'aussitôt il se sentait mouillé. Un examen immédiat fit sur-le-champ reconnaître sur la chemise des taches de sperme frais, ayant son odeur, sa consistance normales, et contenant un grand nombre d'animalcules. On apprit ensuite que depuis plusieurs années le coït était impossible, tant l'éjaculation était rapide, et que ce qui désespérait surtout le malade, c'est qu'il se croyait pour toujours impuissant. Deux cautérisations, à deux mois d'intervalle, ont guéri ce malade de ses pertes séminales, et la raison a repris promptement toute son intégrité.

Chez le second malade, les tentatives de suicide avaient été terribles; car il s'était coupé la gorge et jeté à l'eau. L'éveil ayant été donné par la première observation, on fut bientôt sur la voie, et les pertes séminales diurnes ayant été constatées, la guérison fut promptement obtenue par le même moyen.

Je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance de ces faits; il n'est pas de praticien qui n'en soit frappé au plus haut point. Tant qu'on avait méconnu la cause de l'aliénation mentale, tous les efforts pour en triompher avaient été vains; dès qu'on l'a reconnue, la guérison a été assurée. Et de quelle affection s'agit-il? d'une des plus graves, parmi ces graves maladies qui affectent l'intelligence.

Par ce que je viens de dire on voit que dans des cas semblables le diagnostic ne présente pas de difficultés réelles. Il faut seulement que l'attention du médecin soit éveillée, mais il faut absolument qu'elle le soit, car le salut du malade en dépend. La présence du sperme avec ses caractères normaux, à la suite de ces orgasmes dont j'ai parlé, vient ensuite lever tous les doutes.

Reste la *troisième espèce*, ou troisième degré, à laquelle je donne exclusivement le nom de *spermatorrhée*, et qui consiste dans des éva-

cuations de sperme pendant la miction et la défécation, accompagnées ou non d'une sensation particulière vers le périnée. C'est ici que les difficultés surgissent en grand nombre, et qu'on regrette vivement que les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, et M. Lallemand en particulier, n'aient pas toujours procédé avec toute la rigueur désirable. Combien de fois ne s'est-on pas fié aux récits exagérés d'hypocondriaques, racontant complaisamment des maux imaginaires! Combien de fois n'a-t-on pas négligé l'examen attentif de la matière rendue par les malades! Combien de fois, enfin, n'a-t-on pas attribué à des pertes séminales, dont rien ne démontrait l'existence, des symptômes dus évidemment à une autre affection! Et cependant il est des cas nombreux où tout porte à admettre l'écoulement du sperme; on sent donc combien il est fâcheux que l'étude de cette maladie n'ait pas été faite avec méthode, lorsqu'il était si facile, en analysant rigoureusement les faits et en exposant en détail, dans chaque observation, les résultats de l'exploration des organes et du liquide évacué, d'arriver à une démonstration complète. Après avoir examiné attentivement les faits, je suis arrivé à des conclusions que j'ai consignées ailleurs (*Guide du Médecin praticien*, tome VII, page 550), et qui me paraissent devoir être reproduites ici.

« C'est par conséquent, disais-je après avoir indiqué la facilité du diagnostic des pollutions nocturnes ou diurnes, la *spermatorrhée* proprement dite, qui seule présente des difficultés de diagnostic, et qui peut laisser quelques incertitudes sur son existence. Les raisons que l'on peut faire valoir pour la soutenir sont : 1° que cette affection survient assez souvent en même temps ou après des pollutions nocturnes ou diurnes plus ou moins répétées; 2° qu'à la fin de l'émission des urines plusieurs sujets éprouvent une sensation particulière vers le périnée; 3° qu'au même moment il s'écoule par l'urètre une matière plus ou moins visqueuse, dans laquelle on a fréquemment trouvé des animalcules spermatiques, des globules ou des corps sphéroïdes brillants; 4° que plus la durée de cet état morbide se prolonge, et plus le dépérissement et les symptômes qui accompagnent les évacuations exagérées de liqueur séminale font des progrès sensibles. Ces motifs sont, comme on le voit, d'un très-grand poids; mais peuvent-ils remplacer une démonstration plus directe? Je ne le pense pas. Combien n'eût-il pas été plus concluant de suivre toutes les phases de la maladie, et de nous en montrer les progrès, en s'éclairant de l'inspection microscopique, non pas d'une manière générale, mais chez les divers malades en particulier.

« Voici, en effet, les objections qu'on peut élever : 1° l'on dit que

la spermatorrhée survient après des pollutions nocturnes et diurnes, ou, pour mieux dire, dans le cours de ces pollutions qui sont très-fréquentes; mais ne peut-on pas admettre que le sperme trouvé dans les urines provient de ces pollutions? On le peut d'autant plus, que, suivant M. Lallemand lui-même, il y a déformation de la prostate, déviation des conduits éjaculateurs, en un mot, diverses lésions qui peuvent empêcher l'éjaculation de se faire convenablement, et déterminer la rétention d'une certaine quantité de sperme, qui s'échappera ensuite avec les urines. Mais on ajoute : 2° que la quantité de matière, rendue à la fin de l'émission de l'urine est considérable. Cette preuve n'est pas aussi concluante qu'on pourrait le croire au premier abord. Dans les différents cas cités, il y avait soit une cystite aiguë ou chronique, soit une inflammation de la prostate, et l'on sait que ces maladies donnent lieu à une sécrétion morbide dont la matière s'échappe surtout à la fin de la miction, et qui forment des dépôts dont les caractères ne diffèrent pas sensiblement de ceux qui sont mentionnés dans les observations de spermatorrhée, publiées par les divers auteurs. Une analyse très-rigoureuse des faits aurait pu seule lever ces difficultés.

« On dit ensuite : 3° que les malades éprouvent, au moment de la sortie de cette matière, une certaine sensation qui a son siége vers le périnée. Or, ne pourrait-on pas attribuer cette sensation à ce simple passage d'une matière muqueuse ou muco-purulente sur des surfaces irritées, enflammées, et surtout à la contraction nécessaire pour cette émission, dans des parties ainsi altérées? Un autre argument, c'est que : 4° des animalcules, des globules, des corps brillants, existent dans la matière ainsi rendue, et que parfois cette matière a les autres qualités du sperme. Je ferai d'abord remarquer que malheureusement ces circonstances ne sont presque jamais mentionnées dans les observations; que presque toujours on se contente d'indiquer un dépôt blanchâtre, visqueux, sanieux, fétide, semblable au résidu d'une décoction d'orge ou de riz; et j'ajouterai que beaucoup d'observateurs ne sont pas encore parfaitement convaincus que les globules, et surtout les corps brillants, soient des animalcules atrophiés. Quant aux cas où ces animalcules existent d'une manière évidente, ne sont-ils pas, un certain nombre du moins, le résultat de pollutions nocturnes ou diurnes, pendant lesquelles il y aurait eu émission interne? Plusieurs observateurs, et M. Donné entre autres, ont trouvé des animacules spermatiques dans les urines, après de semblables pollutions et après le coït.

« Enfin, quant à l'argument qui consiste à dire : 5° qu'après ces évacuations, il survient un dépérissement et des symptômes semblables à

ceux que déterminent les évacuations excessives de sperme, on peut répondre que ce dépérissement et ces symptômes sont communs à beaucoup de maladies chroniques, qu'ils sont ceux de la gastralgie intense, de l'hypocondrie quelle qu'en soit la cause, et que l'existence d'une affection quelconque des voies urinaires, si elle est grave, peut en donner raison. »

Je viens d'exposer les arguments en faveur de l'existence de la maladie ; j'ai mis à côté les objections qu'on peut élever contre elle ; maintenant, s'il faut émettre une opinion définitive, je dirai que dans un assez bon nombre de cas on est nécessairement porté à admettre que les accidents nombreux observés chez les malades ont pour cause une perte de semence trop fréquemment répétée ; que dans d'autres, beaucoup de doutes s'élèvent sur ce point ; et que dans un certain nombre enfin, rien ne prouve qu'il faille accuser de ces accidents la spermatorrhée plutôt que d'autres affections dont l'existence a été parfaitement reconnue ; c'est ce qui était évident, en particulier, dans un cas cité par M. Lallemand, et où tous les symptômes se rapportaient parfaitement à une glucosurie où diabète sucré.

Traitement. Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que les indications principales du traitement reposent sur la connaissance des causes les plus importantes. M. Lallemand surtout a insisté sur cette distinction, et, sous ce rapport, il a présenté d'une manière méthodique le traitement le plus complet. Je ne peux pas entrer dans de grands détails sur cette médication ; je dois me contenter de passer en revue les principales indications.

On doit d'abord rechercher s'il n'existe pas des *oxyures* dans le rectum, car dans un bon nombre de cas il a suffi de faire disparaître ces vers, pour faire cesser l'état le plus grave ; récemment encore M. Bouisson (*loc. cit.*) a rapporté un cas de ce genre. Les préparations mercurielles portées dans l'intestin sont le moyen le plus fréquemment employé, et avec le plus de succès.

Si le prépuce est trop long, si son ouverture est trop étroite, il ne faut pas hésiter à pratiquer la circonsision. Quelquefois il suffit de faire disparaître, par des lotions, la matière sébacée accumulée entre le prépuce et le gland pour mettre fin à des pollutions durant depuis très-longtemps.

S'il s'agit d'un rétrécissement de l'urètre, d'une congestion hémorrhoïdaire, les moyens à mettre en usage se présentent naturellement aux praticiens.

Dans les cas d'atonie générale ou locale, les toniques, les excitants généraux, les boissons froides sont utiles. On a donné quelquefois avec

succès l'ergot de seigle. Suivant M. Lallemand, les applications froides, les bains froids auraient plus d'inconvénients que d'avantages ; mais cette crainte paraîtra exagérée, si l'on songe que plusieurs faits rapportés par les auteurs, et notamment par Sainte-Marie, prouvent jusqu'à l'évidence que les bains froids peuvent être utiles chez certains sujets qui ne sont pas trop débilités.

Quant aux antispamodiques, aux opiacés qu'on a recommandés dans les cas où il y a une grande excitation nerveuse, et des digestions difficiles, ce n'est pas contre la maladie principale qu'ils agissent, mais contre la gastro-entéralgie qui en est la conséquence.

Reste la *cautérisation de la portion prostatique* de l'urètre. C'est là, il faut le dire, le moyen par excellence : ce qui le prouve, c'est que, dans un grand nombre de cas, il a suffi seul pour procurer une guérison solide, et que dans la plupart de ceux où l'on a employé d'autres moyens, il a fallu recourir à la cautérisation pour compléter la guérison. Cette cautérisation demande, pour être bien faite, beaucoup de précautions, qui peuvent paraître minutieuses au premier abord, mais qui ne le sont réellement pas, car, en fait de thérapeutique, les plus petites choses en apparence peuvent avoir une importance incontestable. La principale consiste dans la rapidité extrême avec laquelle la cautérisation doit être pratiquée. M. Lallemand insiste pour qu'elle soit faite en un instant, indivisible. Selon lui, c'est parce qu'on l'a presque toujours trop prolongée, qu'on a eu de nombreux insuccès, et qu'on a eu à déplorer des accidents graves. Il faut donc que les praticiens ne perdent pas de vue cette recommandation, car non-seulement ils s'exposeraient, en agissant autrement, à compromettre le succès de l'opération, mais encore ils rendraient absolument impossible l'appréciation rigoureuse de la médication proposée par M. Lallemand.

Je ne m'étendrai pas davantage sur ce traitement; je me bornerai, en terminant, à présenter une réflexion générale. Pour un certain nombre de cas, et j'en ai cité deux bien remarquables, il n'est pas douteux que la cautérisation n'ait promptement guéri des pertes séminales involontaires, dont les conséquences étaient des plus fâcheuses, et si dans les autres on ne reconnaît pas absoluuent qu'il existait une véritable spermatorrhée, du moins est-on forcé d'admettre que cette cautérisation, aidée des autres moyens indiqués plus haut, a mis fin à un état morbide très-grave, qui allait quelquefois jusqu'à menacer les jours du malade. Sous ce rapport, on ne peut méconnaître que les moyens proposés par M. Lallemand, et ceux qui, avant lui, ont été recommandés par les auteurs qui se sont occupés des pertes séminales, ne soient d'une utilité réelle, lorsqu'ils sont convenablement appliqués. C'est ce que nous devons,

pour notre compte, reconnaître sans hésitation après les réserves que nous avons faites plus haut.

Ainsi donc, dans l'état actuel de la science, le praticien doit, toutes les fois qu'il se présente à lui un sujet affecté de mélancolie, d'hypocondrie, de dépérissement, avec une grande susceptibilité nerveuse et des troubles gastro-intestinaux notables, examiner l'état des voies génito-urinaires, et, s'il trouve quelques symptômes qui le portent à admettre l'existence des pertes séminales, agir comme nous venons de le dire.

Valleix.

APPLICATION DES BANDAGES DEXTRINÉS AU TRAITEMENT DE L'ECZEMA.

Par M. A. Devergie, médecin à l'hôpital Saint-Louis.

Une des maladies cutanées, la plus commune et souvent la plus rebelle aux divers traitements consacrés en thérapeutique, c'est l'eczéma dans ses formes variées. Il est surtout une période où il semble que la maladie reste stationnaire, ne faisant de progrès ni en mal, ni en bien; on la croit au moment de céder, on annonce une guérison prochaine, puis tout à coup survient une nouvelle éruption vésiculeuse qui disparaît en quelques jours, pour faire rentrer le mal dans cet état de transition de l'état de maladie à celui de guérison. Cette période, je l'ai décrite ailleurs; elle se caractérise par la cessation de la sécrétion séreuse remplacée par la formation de petites lamelles épidermiques, se détachant par le frottement pour se reproduire de nouveau. La sécrétion séreuse n'est plus assez considérable pour tacher notablement le linge. La nature du fluide sécrété s'est modifiée, ce fluide est devenu plus plastique, plus coagulable, plus propre enfin à former des lamelles épidermiques.

Il existe maintenant des formes d'eczema plus rebelles que d'autres, et ici il n'est question que d'un eczema franc, exempt de toute complication avec une autre maladie cutanée; ainsi l'eczéma rubrum, l'eczema variqueux, l'eczema avec état plus ou moins œdémateux des membres, constituent des variétés très-rebelles aux traitements, indépendamment de la cause générale ou locale qui les a fait naître et qui les entretient.

L'eczema rubrum se perpétue souvent durant des mois entiers; on y voit apparaître ces houppes successives de vésicules, avec coloration rouge vineuse de la peau, et l'exemple que nous allons citer plus loin prouve à quel point cette forme morbide résiste à la thérapeutique la plus variée, malgré d'ailleurs l'état de santé générale le plus parfait.

C'est dans la période que j'ai signalée plus haut, que je crois utile de modifier la vitalité de la partie malade, et c'est pour obtenir ce résultat,

que j'ai préconisé les cautérisations partielles et très-superficielles, avec le nitrate d'argent cristallisé dissous dans dix fois son poids d'eau, ainsi qu'une foule de modifications qu'il ne serait pas à propos de rappeler ici.

Toutefois, depuis trois mois, j'ai fait quelques essais que je vais faire connaître, en appliquant au traitement de cette période de l'eczema les bandages dextrinés dont la chirurgie retire de si grands avantages. Et telle est la puissance de ce moyen que, dans certains cas, j'ai craint la suppression trop rapide de la sécrétion, et par suite les effets généraux fâcheux qui pourraient en être la conséquence. C'est assez dire que j'ai employé les bandages dextrinés dans toutes les périodes de la maladie, et des bandages de densité et de solidité différentes, en variant les doses de dextrine en solutions dans l'eau.

Disons tout d'abord que je me suis arrêté à la solution suivante :

Eau.	1,000 grammes.
Dextrine.	125 à 150 grammes.

Dissolvez à l'aide de l'eau bouillante : quant au bandage, il se compose de circulaires se recouvrant à deux tiers de la largeur de la bande, sans compresses préalables et sans qu'on soit obligé de doubler ou de tripler le bandage d'épaisseur, comme on le fait en chirurgie, en enroulant quinze à vingt mètres de bande autour d'une jambe.

Chaque bandage reste appliqué pendant trois jours, et quoiqu'il soit lâche et souple à cette époque, il est toujours nécessaire et même indispensable : 1° de le mouiller complétement avec de l'eau tiède avant de l'enlever, ce qui se fait en un instant ; 2° de l'enlever avec de grandes précautions pour éviter tout arrachement d'épiderme.

Je laisse ordinairement écouler vingt-quatre heures avant l'application d'un bandage nouveau.

Un liquide plus dense supprime trop promptement la sécrétion ; il a encore l'inconvénient de faire naître çà et là quelques pustules impétigineuses qui obligent à suspendre l'emploi de ce moyen. Il ne devient nécessaire que pour consolider la peau. Inutile de dire que j'ai varié les doses de dextrine et aussi la compression.

Sous ce dernier rapport, il faut toujours exercer une pression douce, de telle sorte que le membre du malade n'en présente pas de traces après l'ablation du bandage.

Il était important de savoir si les bons effets obtenus provenaient ou du bandage compressif ou de la dextrine. Des essais tentés à cet égard ont complétement résolu la question en ce sens que la dextrine seule ne produit aucun résultat avantageux. Il m'a été facile de m'en assurer, en faisant panser les mêmes eczemas avec des compresses dextrinées seules, sans compression.

Le bandage compressif seul remplirait-il le même but ? Oui, dans certains cas, et notamment dans l'eczema variqueux; mais ayant fait porter alternativement à quelques-uns de mes malades un bas lacé, puis le bandage dextriné, les effets ont été infiniment préférables avec ce dernier moyen. Il y a plus, ces affections restaient stationnaires avec un bas lacé seul.

Quant à la bande sans dextrine, elle devient utile, mais elle s'imbibe très-facilement de fluide sécrété, et on ne l'enlève qu'avec peine, parce qu'il est long et parfois impossible de l'humecter d'eau tiède, d'où résultent des arrachements plus ou moins considérables d'épiderme.

Le premier malade chez lequel j'ai employé ce moyen était un homme d'un grand embonpoint, âgé de quarante-neuf ans, d'une excellente santé, qui portait à la jambe gauche un eczema datant de deux ans, et qui durant cet espace de temps s'était reproduit cinq à six fois. La jambe était volumineuse et presque œdémateuse, quoique la maladie fût bornée à la superficie de la peau et sans forme impétigineuse ; la démangeaison était incessante. Le malade fut mis au repos pendant quelques jours, ainsi qu'à l'usage de bains, de cataplasmes de fécule de pommes de terre et d'une pommade à l'oxyde de zinc. La sécrétion était du reste peu considérable ; la maladie avait la forme chronique. Après quelques jours de son entrée à l'hôpital, et alors que l'eczema n'avait encore subi aucune modification notable, je lui fis appliquer un bandage dextriné, et à la quatrième application le malade était guéri ; il n'a séjourné que vingt-six jours à l'hôpital, et encore est-il resté cinq à six jours sans faire aucun traitement ; je n'ai jamais vu guérison aussi prompte.

Une circonstance importante à noter, c'est la cessation très-rapide de la démangeaison qui est si incommode pour les malades ; cet effet est si tranché, qu'ils réclament le bandage ; tel était un des malades de notre service, il voyait avec peine sa jambe abandonnée à elle-même durant les vingt-quatre heures pendant lesquelles nous avons l'habitude de la tenir exempte de bandage.

Dans l'eczema rubrum, il n'y a pas seulement des démangeaisons, il y a encore des douleurs lancinantes. Le bandage dextriné les a calmées d'une manière très-notable chez plusieurs de nos malades, et le fait suivant est un exemple très-marqué des bons effets de ce moyen.

Le nommé ***, âgé de cinquante-six ans, professeur de langues, d'un tempérament nerveux et sanguin, était en traitement dans mon service depuis trois mois pour un eczema rubrum, que je ne pouvais amener à guérison. Des *poussées*, ainsi qu'on le dit, se montraient de temps à autre, et reproduisaient la maladie à l'état aigu durant une période de temps variable ; en vain j'avais employé les émollients à l'état de lotions

et de cataplasmes, les irrigations d'eau froide, les pommades résolutives et de diverses espèces, l'amidon en poudre, les bains de plus d'une sorte, les traitements intérieurs par les sulfureux, les ferrugineux, etc., toujours des houppes ou saillies surmontées de vésicules d'eczema et accompagnées de démangeaisons et de douleurs lancinantes se montraient dans un point, dans un autre, et ramenaient la sécrétion; je dus choisir ce malade de préférence à tout autre afin d'apprécier la valeur du bandage dextriné. Peu de malades s'en sont trouvés plus notablement soulagés, et dans l'espace d'un mois la guérison parfaite a eu lieu. Durant les applications, on a vu successivement s'apaiser la tuméfaction du membre, les démangeaisons, les douleurs lancinantes, et se guérir peu à peu les groupes d'eczema rubrum, sans qu'il en soit survenu de nouveaux.

Nous observons en ce moment un malade qui vient à l'appui de ce que nous avons écrit sur le choix à faire de l'excipient des moyens employés dans le traitement de l'eczema ; nous avons dit que, sans qu'au premier abord le médecin pût le reconnaître, il existait des eczemas qui cédaient aux moyens employés sous forme aqueuse et que les corps gras exaspéraient; tandis que le contraire se montrait presque aussi fréquemment. Le malade dont nous voulons parler est depuis huit jours soumis à l'action du bandage compressif; trois applications ont été faites, et chaque fois le malade a éprouvé des démangeaisons le premier jour, tandis qu'elles se sont calmées le second et le troisième ; c'est-à-dire que les démangeaisons qui, sous l'influence des corps gras dont il se servait, diminuaient notablement, *se réveillent durant le temps que le bandage met à sécher*.

Je pourrais ici multiplier les citations de faits ; tous les médecins savent que la maladie dont il s'agit est très-commune, et, dans une série de cent trente lits uniquement consacrés au traitement des affections cutanées, des essais peuvent rapidement être jugés par l'observation ; je me bornerai donc à terminer cette note par les corollaires suivants.

Le bandage dextriné peut être très-utile dans le traitement des eczemas limités aux jambes. (C'est là que la maladie s'observe le plus souvent.)

En général, pour l'employer, il faut attendre que la période aiguë soit tombée et que la sécrétion soit très-notablement réduite.

On peut cependant l'appliquer temporairement comme modificateur dans certains eczemas rebelles, quoiqu'ils soient dans leur période aiguë; mais alors il faut le retirer après vingt-quatre heures d'application, afin d'éviter toute répercussion.

Ce moyen est surtout indiqué dans les cas d'eczema avec varices ou avec œdème.

Il ne doit être mis en usage que pour les eczemas francs et exempts de la forme impétigineuse.

Al. Devergie.

NOTE SUR LES EFFETS DU TARTRE STIBIÉ EMPLOYÉ A L'EXTÉRIEUR.

Bien que l'application du tartre stibié à l'extérieur dans le traitement de maladies chroniques soit chose ordinaire, banale, il est bien difficile de préciser soit les propriétés particulières, soit les indications positives d'une telle méthode. La thérapeutique des médications externes ne se compose que de vagues généralités sans application, qui laissent le plus souvent le médecin exposé à tous les tâtonnements de son expérimentation personnelle. Rien de pratique sur chacun de ces agents en particulier, rien de précis sur les diverses conditions morbides qui peuvent en faire varier le choix ou l'opportunité.

L'action irritante du tartre stibié a été employée à la manière des autres révulsifs et dérivatifs, sans qu'on ait jamais indiqué les limites de son application, sans qu'on ait cherché à déterminer les circonstances spéciales qui peuvent en indiquer ou contre-indiquer l'usage. Or, ce n'est pas chose indifférente vis-à-vis d'un moyen d'une énergie aussi incontestable, que l'absence de données cliniques positives, qui seules pourraient nous révéler ses avantages ou ses inconvénients dans telle ou telle condition.

Si nous ne sommes point en mesure d'établir ces distinctions toutes pratiques, notre but est du moins de provoquer sur ce sujet l'attention des praticiens, en rapportant sommairement ici quelques faits dont nous venons d'être témoins et qui nous paraissent mériter considération. Il s'agit de certaines conditions morbides dans lesquelles l'application externe du tartre émétisé en frictions a eu un effet entièrement opposé à celui qu'on voulait obtenir. Ces faits ont été observés simultanément à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Kapeler, au mois de janvier de cette année (1846).

Obs. I. A la salle Saint-Louis, nº 24, est un homme de soixante-un ans, tabletier, entré à l'hôpital le 8 décembre 1845, présentant les symptômes d'une *néphrite chronique*.

Dans sa jeunesse, il a eu plusieurs blennorrhagies et une fois des chancres, mais jamais à la suite d'aucune affection syphilitique constitutionnelle. Il s'est toujours bien nourri, n'a fait aucun excès notable, et sa santé a toujours été bonne. Point de goutte ou de rhumatisme. Il y a huit ans, premiers signes d'un rétrécissement de l'urètre... Bientôt le rétrécissement est porté au point de ne laisser échapper l'urine

que goutte à goutte, et après des efforts extrêmement pénibles. Il en résulte des crises souvent répétées, dans lesquelles le patient éprouve tous les symptômes des rétentions d'urine prolongées. Il ne tarde pas à s'apercevoir que les urines contiennent un dépôt de matière blanchâtre analogue à du pus. Traité successivement par M. Ricord, puis par M. Velpeau, au moyen de bougies, le rétrécissement urétral s'améliore d'une manière notable. Depuis quatre ans, ce malade peut uriner avec facilité, en prenant la précaution de passer quelques bougies de temps en temps dans le canal; mais le dépôt blanchâtre qui se précipite au fond du vase après la miction n'a jamais disparu. Il y a un an, il a commencé à éprouver dans la région lombaire du côté droit des douleurs profondes, gravatives, présentant des alternatives d'acuité et de rémission. Ces douleurs augmentant sensiblement ont forcé le malade à interrompre son travail. Dans cet état, il vient enfin à l'hôpital Saint-Antoine.

A son entrée, les douleurs lombaires sont exactement circonscrites dans la région du rein du côté droit, et ne se prolongent pas dans les flancs et l'hypogastre; elles augmentent peu à la pression. La miction est facile; les urines sont de quantité et de coloration ordinaires, point acides; elles laissent déposer au fond du verre une couche de pus très-abondante, surtout celles de la journée, dans lesquelles le dépôt purulent est presque le double que pendant la nuit. Du reste, santé assez bonne, appétit conservé; nul mouvement fébrile. Le malade a été mis à l'usage de l'eau de goudron, de l'eau de Seltz, de bains entiers répétés, d'une nourriture légère; mais il n'est point survenu de changement sensible dans l'état des urines.

Six semaines après son entrée, on prescrit des frictions sur la région des reins avec la pommade stibiée, le traitement indiqué restant le même. Les pustules caractéristiques se développent; le malade se plaint de douleurs plus vives, qu'on rapporte naturellement à l'irritation de la peau. Cependant le dépôt purulent des urines, loin de diminuer sous l'influence de la dérivation produite, a augmenté au contraire d'une manière sensible, de manière à être porté presque au double pendant tout le temps que les frictions avec la pommde stibiée et l'éruption qui en a été la suite, ont été continuées, c'est-à-dire environ une dizaine de jours. Au contraire, un large vésicatoire volant appliqué sur la région lombaire a presque immédiatement diminué le dépôt purulent des urines; et un deuxième vésicatoire, quelques jours après, sur la même région, a eu la même action d'une manière aussi prompte et aussi favorable. Ajoutons cependant que le dépôt a quelque peu augmenté dès que la surface vésicante a présenté de la dessiccation. Le malade conti-

nue en ce moment cette dernière médication, dont il se trouve beaucoup mieux que des frictions stibiées.

Obs. II. Au n° 6, salle Sainte-Cécile, se trouve une jeune femme de vingt-six ans, qui, à la suite d'une première ponction, au mois d'octobre 1844, fut prise, quelque temps après, de frissons répétés, de douleurs vives dans les flancs du côté gauche, de tous les symptômes d'un abcès *profond intra-pelvien*. Le toucher faisait reconnaître un engorgement dur prononcé, douloureux surtout vers le ligament large du côté gauche. La malade s'aperçut seulement quelques mois après de l'issue par le vagin d'un peu de liquide purulent qu'elle n'avait pas auparavant. Malgré l'exploration la plus attentive, on ne reconnut aucun orifice de communication vers le cul-de-sac vaginal ou ailleurs ; le dégorgement purulent se faisait par la cavité de l'utérus. Ces symptômes se prolongèrent avec des rémissions et des exacerbations nombreuses, et il fallut en venir aux ferrugineux pour combattre l'état anémique et l'émaciation considérable de la malade. Elle sortit du service de M. Piedagnel, à l'hôpital Saint-Antoine, au mois de mai de l'année dernière, dans un état très-satisfaisant, mais non entièrement guérie. Rentrée au commencement de cette année pour se faire débarrasser entièrement de son mal, nous constatons un engorgement très-prononcé de chaque côté du corps de l'utérus, mais surtout à gauche, engorgement qui paraît s'étendre au fond lui-même de cet organe, et qu'on peut sentir diversement par la fosse iliaque et la région hypogastrique, par le rectum et le vagin. La malade se plaint de pesanteur vers le rectum, surtout quand elle est debout ou assise, de tiraillements dans les aines, de douleurs dans les reins et dans les flancs, de battements dans l'intérieur du bassin, de difficultés pour marcher, pour aller à la garderobe, de petits frissons dans la soirée, etc., etc. Traitée par le repos au lit, les bains, les injections émollientes, les cataplasmes sur le ventre, les lavements, l'extrait de ciguë (0,05 centigr. en potion). Bientôt on ajoute quelques frictions avec la pommade émétisée sur la région hypogastrique. En même temps que l'éruption se développe, la malade se plaint d'éprouver des battements plus prononcés dans l'utérus, des douleurs plus vives dans le bas-ventre, des frissonnements passagers. Le toucher est plus douloureux, l'engorgement qu'on ressent vers la face postérieure de l'utérus paraît plus considérable que les jours précédents. La malade n'a pas remarqué si l'écoulement utérin a repris le caractère purulent. Depuis peu de jours, toutes traces de l'éruption stibiée ont disparu ; l'écoulement menstruel a lieu ; les symptômes locaux se sont amendés.

Obs. III. Au n° 7 de la même salle, à côté de la malade précédente, est une autre jeune femme, forte, brune, pléthorique, entrée depuis près de

six mois à l'hôpital pour une *aphonie symptomatique de phthisie laryngée.* Elle a eu d'abord d'assez nombreuses hémoptysies, des bronchites répétées ; enfin, depuis deux ans, elle a été prise d'aphonie presque tout à coup, à la suite, dit-elle, d'un rhume très-fort. Pendant sa dernière grossesse, l'aphonie disparut pendant six mois ; depuis elle a toujours continué. La voix est presque éteinte, la malade parle très-bas. Elle ne souffre point à la région antérieure du cou, où le toucher ne fait rien reconnaître, pas plus que la vue, vers l'isthme du gosier. Elle a un peu de toux sèche ; point d'expectoration ; sa respiration est bonne, seulement un peu d'expiration au sommet des deux poumons. Du reste, la santé générale, à part cela, paraît excellente.

A la fin du mois de janvier dernier, après plusieurs médicaltions non suivies de succès, on passe à l'usage des frictions stibiées sur la partie antérieure du cou ; faites mollement, elles ne donnent lieu qu'à l'apparition d'un très-petit nombre de pustules. Néanmoins, la malade se plaint aussitôt d'une grande difficulté dans la déglutition, de douleur vive dans le larynx et dans l'arrière-gorge. On sent un gonflement prononcé au niveau du cartilage thyroïde et aussi dans les parties molles qui le recouvrent, avec chaleur et douleur grande à la pression ; l'haleine de la malade devient fétide. Au bout de peu de jours, l'expuition se prononce ; elle est sanieuse, rougeâtre, purulente, d'une odeur forte. La dysphagie est portée au point que la malade ne peut pas avaler même quelques gouttes de lait. Il y a en outre fièvre, céphalalgie, malaise, anxiété considérable. — Des fumigations émollientes, faites à chaque instant, des gargarismes avec le lait, des pédiluves sinapisés répétés, parviennent, au bout de peu de jours, à maîtriser cette exacerbation si prononcée, et tout rentre dans le même état qu'auparavant : l'aphonie est la même, mais plus d'expuition, de tuméfaction douloureuse du cou, de dysphagie ; même symptôme absolument qu'avant l'emploi de la pommade stibiée.

Dans ces faits qu'on vient de lire, l'action de frictions avec la pommade stibiée a été marquée d'une manière trop évidente pour ne pas établir qu'au lieu d'une dérivation salutaire à la peau, elle n'a amené qu'une recrudescence plus vive dans le travail pyogénique de l'organe affecté, et cela sans aucun bénéfice, même éloigné, quant à la marche de la maladie. Nous avons vu d'autre part, dans le premier cas cité, l'action des vésicatoires obtenir d'une manière beaucoup plus heureuse une prompte dérivation.

Nous pourrions rappeler ici des cas où nous avons vu la pommade émétisée rendre d'incontestables services, mais dans des cas où l'altération qu'on voulait combattre n'avait pas de tendance à la transfor-

mation purulente, dans des cas de simple relâchement de l'utérus, par exemple.

Nous ne voulons pas donner à ces faits plus de valeur qu'ils n'en méritent, en posant ici une conclusion. Nous demanderons seulement, dans les maladies où il se fait un travail de suppuration locale, comme dans les cas ci-dessus rapportés, si les frictions stibiées, loin d'enrayer ce travail, ne tendent pas à en exaspérer l'intensité, ou même à en provoquer l'action. J. D.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES BUBONS SCROFULEUX ET LEUR TRAITEMENT (1).

Après avoir exposé les caractères propres qui distinguent les bubons scrofuleux dans leur marche et dans leurs symptômes, il me reste à examiner les *conditions étiologiques* particulières dans lesquelles ils se développent.

Ces bubons surviennent fréquemment chez des individus déjà atteints d'autres affections scrofuleuses. Parmi les malades que j'ai observés pendant l'année 1845, plusieurs ont présenté, en même temps que leur bubon, des lésions de nature scrofuleuse, telles que des engorgements tuberculeux de l'épididyme et du testicule, des engorgements des ganglions cervicaux, des éruptions dartreuses (eczéma, impétigo, etc.). Un malade, entré dans le service pour un bubon, y est mort avec des tubercules dans les poumons. Un certain nombre de malades, formant une seconde catégorie, ne présentaient pas de semblables affections pendant la durée du bubon, mais ils en avaient présenté auparavant. Ainsi, plusieurs m'ont assuré avoir eu, pendant leur enfance, soit des écrouelles, soit des éruptions dartreuses surtout de la face et du cuir chevelu, soit des ophthalmies chroniques, etc. L'un d'entre eux avait subi, un an auparavant, l'amputation de la cuisse pour une tumeur blanche du genou. Je dois ajouter que chez un assez grand nombre de malades, aucune de ces affections ne s'est présentée ni pendant l'existence du bubon, ni avant son apparition. Mais chez ces derniers, le bubon a suivi une marche parfaitement identique à celle qu'il a affectée chez les malades des catégories précédentes. Est-il, d'ailleurs, permis de nier la nature scrofuleuse d'une affection par

(1) Fin. Voyez le premier article, livr. de janvier 1846, tome XXX, page 26.

cela seul qu'elle est unique? N'est-il pas très-fréquent d'observer des enfants chez lesquels il n'y a autre chose qu'un engorgement des ganglions cervicaux, et ces *écrouelles* n'ont-elles pas toujours été regardées comme des signes pathognomoniques de la scrofule? Les bubons qui nous occupent sont les écrouelles de la région de l'aine. Leur forme, leur marche, leurs symptômes sont identiques à ceux de l'adénite cervicale. On ne les observe pas ordinairement chez les enfants, parce que les causes locales qui produisent les engorgements ganglionnaires, et que nous étudierons plus loin, n'agissent pas, à cet âge, sur les parties génitales. C'est l'action de ces causes occasionnelles qui détermine la production de l'adénite dans un point plutôt que dans un autre. C'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir l'adénite cervicale se manifester aussi chez les adultes, lorsque ces derniers se trouvent dans des conditions favorables à son développement. A l'appui de cette dernière proposition, je citerai le grand nombre de jeunes militaires qui sont affectés d'adénite cervicale scrofuleuse. La *Gazette médicale* du 24 août 1844 a publié un Mémoire intéressant sur cette lésion. (*Mémoire sur l'adénite cervicale considérée chez les militaires*, par M. Am. Follet.) L'auteur s'attache à démontrer que les adénites cervicales que présentent les militaires ne sont pas des symptômes de la scrofule, mais qu'elles constituent seulement une maladie locale dont il fait connaître la cause constante. L'analyse de ce travail, qui renferme des conditions pathologiques en tout semblables à celles que j'ai indiquées moi-même pour les tumeurs de l'aine, me fournira quelques arguments en faveur de l'opinion que je soutiens.

« Les tumeurs ganglionnaires du cou, chez les militaires, ne sont *presque* jamais liées à l'affection scrofuleuse : c'est une maladie locale qui a presque toujours une cause locale immédiate. » Telle est la proposition dans laquelle se trouve résumée l'opinion de M. Follet. Ses observations ont pour but de démontrer que l'adénite cervicale peut se développer chez des individus qui ne présentent aucune disposition scrofuleuse, et par le seul fait d'une irritation locale. Je vais essayer de prouver, au contraire, que cette disposition scrofuleuse existe dans les cas cités par M. Follet lui-même, et que s'il est vrai, comme il l'a fort bien observé, qu'une irritation locale est la cause occasionnelle de la lésion qui nous occupe, il n'est pas moins vrai que cette cause n'agit qu'en vertu de la disposition scrofuleuse des individus, et qu'elle agit seulement chez les individus qui présentent cette disposition.

On remarquera d'abord que pour donner à sa thèse une apparence de vérité, M. Follet est obligé d'émettre une restriction singulière : « Les tumeurs ganglionnaires du cou, *chez les militaires*, dit-il, etc. »

Dans un autre passage de son Mémoire, il insiste avec plus de détails sur ce singulier privilége des militaires : « A peine si quelques auteurs laissent entrevoir, dit M. Follet, que les tumeurs ganglionnaires du cou peuvent être une maladie locale ; c'est qu'en effet les malades atteints d'adénites cervicales qu'on rencontre dans les hôpitaux civils, sont presque toujours atteints en même temps d'ophthalmies, d'ulcères, de dartres, de tubercules pulmonaires, de gonflements des os spongieux ou des extrémités des os longs, de caries, etc. La physionomie des hôpitaux militaires est bien différente, en cela, de celle des hôpitaux civils. J'avais longtemps fréquenté ces derniers, et je fus étonné, en entrant dans la chirurgie militaire, de trouver dans un état de santé parfait, souvent même dans un état florissant de vigueur, la plupart des militaires atteints d'adénite cervicale ; mais, d'un autre côté, je fus effrayé du grand nombre d'adénites cervicales qu'offrent les hôpitaux militaires, alimentés cependant par des hommes adultes vigoureux, chez lesquels, pour la plupart, les conditions matérielles de l'existence ont été améliorées. J'en avais vu infiniment moins dans les hôpitaux civils, et pourtant ces derniers se recrutent parmi les individus de la classe pauvre, qui a une si large part des causes assignées aux scrofules. Je soupçonnai des différences essentielles dans la nature de ces maladies, etc. » (Mém. cité.)

Il me semble plus naturel d'admettre que les adénites qu'on observe chez les militaires sont de même nature que celles qu'on voit dans les hôpitaux civils, puisque dans les deux cas elles ont la même marche et les mêmes symptômes. Les différences qui ont frappé M. Follet me paraissent très-faciles à expliquer par les raisons suivantes. Les scrofuleux qu'on voit dans les hôpitaux civils sont ordinairement affectés de la forme grave de la scrofule. Ceux qui ne sont atteints que de la forme bénigne, et qui n'ont, par exemple, qu'une adénite cervicale, n'y viennent pas réclamer des soins, parce que leur état ne les empêche pas de vaquer à leurs occupations, et que d'ailleurs ils n'y seraient pas reçus. D'un autre côté, il n'est pas étonnant que cette forme grave de la scrofule ne s'observe pas dans les hôpitaux militaires, après tous les soins que l'on prend pour n'admettre dans l'armée que des hommes vigoureux et bien constitués. La forme bénigne, au contraire, celle qui peut ne se traduire que par un seul symptôme, tel que l'engorgement d'un ou plusieurs ganglions, une éruption dartreuse, etc., peut se développer chez des jeunes gens forts et vigoureux.

De ce qui précède, je crois pouvoir conclure, qu'au lieu de voir, comme le veut M. Follet, des différences essentielles entre ces états, il faut y voir seulement des différences tenant aux formes de la ma-

ladie. Cette distinction a été très-bien faite par un auteur cité par M. Follet lui-même : « Lalouette, dit-il, distingue les scrofules malignes des bénignes. » Cette division est, du reste, toute traditiounelle ; l'observation journalière la confirme : aussi il est inutile d'y insister plus longtemps.

M. Follet a fait lui-même une remarque qui me semble tout à fait contraire à son opinion, et que je dois signaler. Après avoir énuméré le grand nombre de soldats qu'il a vus atteints d'adénites cervicales, il ajoute : « On est effrayé de pareils chiffres, et pourtant ce n'est rien si l'on pense que la plupart de ces individus étaient déjà entrés dans l'hôpital, et devaient y rentrer encore je ne sais combien de fois, car il est assez rare qu'ils sortent tout à fait guéris ; et quand ils ne sont pas réformés, ils passent tout leur temps de service à l'hôpital ou en congé de convalescence. » Cette persistance des engorgements ganglionnaires, cette fréquence dans leurs récidives, ne sont-elles pas une preuve frappante en faveur de leur nature scrofuleuse ?

Pour prouver la thèse qu'il a avancée, M. Follet trace un tableau succinct de la forme grave de la scrofule ; il énumère toutes les affections qui se développent pendant son cours, et, de ce que ni ces affections, ni la cachexie qui les accompagne, ne se sont montrées chez les malades qu'il a observés, il en conclut que l'adénite cervicale n'est pas de nature scrofuleuse. Pour répondre à cet argument, nous n'avons qu'à rappeler que M. Follet, observant des malades affectés de la scrofule bénigne, n'a pas pu voir chez eux les symptômes qui appartiennent à la forme grave de la même maladie.

Le relevé des malades observés par M. Follet va encore nous offrir des arguments contre sa doctrine. « Sur quatre-vingt-six malades, dit-il, j'en ai trouvé un qui offrait les caractères physiques du scrofuleux, deux qui avaient des abcès froids, un qui avait des pustules du cuir chevelu, et un qui avait une maladie de Pott. »

Eh bien ! ces cinq malades, que l'auteur est bien forcé de considérer lui-même comme scrofuleux, présentaient des adénites cervicales identiques aux autres.

La dernière partie du travail de M. Follet est destinée à prouver l'influence d'une cause locale et particulière sur le développement des tumeurs ganglionnaires du cou chez les militaires. Cette cause n'est autre que le col raide et fort gênant, à ce qu'il paraît, que portent les soldats. Ici, je partage l'opinion de l'auteur sur l'influence de cette irritation locale. Mais, loin de la regarder comme exclusive et comme rendant suffisamment compte de l'affection qui nous occupe, je pense qu'elle n'est qu'une cause occasionnelle agissant en vertu d'une dispo-

position scrofuleuse des individus. Je me trouve ainsi d'accord avec Lalouette, cité par M. Follet, et qui a remarqué *que les scrofules bénignes avaient été occasionnées à des enfants par des colliers trop serrés.* Cette manière de voir est la seule qui s'accorde avec les faits. Il ne suffit pas, en effet, d'avoir constaté une irritation mécanique locale, ni même d'avoir montré le lien anatomique qui établit un rapport entre la cause irritante et les ganglions lésés. Ces circonstances ne peuvent nullement rendre compte de la nature de l'affection. Elles sont communes à un grand nombre de maladies. En les considérant, ainsi qu'on le fait trop souvent aujourd'hui, comme des causes suffisantes, on ne s'explique pas pourquoi, dans un cas, elles déterminent une inflammation simple, tandis que, dans un autre, elles produisent une inflammation chronique et de mauvaise nature. En tenant compte, au contraire, de la prédisposition morbide, la nature de l'affection devient évidente, et les causes occasionnelles conservent, en même temps, toute leur valeur.

La description que nous a donnée M. Follet présente des caractères tout à fait semblables à ceux que j'ai assignés moi-même au bubon scrofuleux. La lésion est la même dans les deux cas; il n'y a d'autre différence que celle du siége. Dans la région de l'aine aussi bien qu'à la région cervicale, les tumeurs ganglionnaires sont le plus souvent déterminées par des causes occasionnelles bien manifestes. Ce sont ces dernières qu'il me reste à énumérer maintenant. Ces causes sont ordinairement des lésions des parties génitales. Parmi ces lésions, une des plus fréquentes est le chancre. Le bubon scrofuleux peut s'observer avec toutes les variétés du chancre; ce n'est pas telle ou telle forme d'ulcère primitif qui le détermine, comme cela s'observe pour les bubons syphilitiques. Le chancre n'agit dans le cas qui nous occupe que comme un irritant simple placé dans le voisinage des ganglions, et non pas comme un agent spécifique. Aussi le bubon scrofuleux présente-t-il les mêmes caractères lorsqu'il succède à un chancre simple, et lorsqu'il vient à la suite d'un chancre induré; c'est-à-dire que dans les deux cas il se montre avec les symptômes que nous lui avons assignés et qu'il ne participe nullement à la nature spécifique des chancres. La fréquence de l'apparition des bubons strumeux à la suite des chancres a été souvent invoquée par ceux qui veulent absolument les considérer comme une lésion syphilitique. J'ai eu soin de présenter les nombreuses différences qui distinguent les bubons strumeux et le bubon virulent. Quant à l'opinion qui les fait considérer comme des symptômes de syphilis constitutionnelle, nous allons voir qu'elle n'est pas mieux fondée. Il n'y a pas la moindre analogie entre ces petits engor-

gements ganglionnaires indolents qui ne suppurent jamais et qu'on observe pendant la période secondaire de la syphilis, et les bubons scrofuleux. Si ces derniers étaient des symptômes de syphilis constitutionnelle, on les verrait survenir pendant la durée de cette maladie en même temps que les autres symptômes secondaires ; on les verrait suivre la même marche que ceux-ci, se manifester avec eux, disparaître sous l'influence des mêmes moyens thérapeutiques, etc.; en un mot, on constaterait entre ces bubons et les différents symptômes syphilitiques le lien pathologique qui unit ensemble tous ces derniers. Mais il n'en est rien. Le bubon strumeux ne s'observe que par exception chez les syphilitiques qui sont en même temps scrofuleux. Il constitue, dans ces cas, une complication qui a une marche tout à fait indépendante, et le traitement qui fait disparaître tous les autres symptômes n'a sur lui aucune influence.

Ces détails suffisent pour prouver que si le chancre peut occasionner un bubon strumeux, c'est tout simplement en déterminant l'inflammation des ganglions de l'aine, et qu'il n'agit pas en vertu de sa nature spécifique.

La blennorrhagie peut, aussi bien que le chancre, être la cause occasionnelle du bubon scrofuleux. Il en est de même de toutes les plaies, ulcérations et lésions de nature quelconque qui siégent sur la verge, telles que phimosis, paraphimosis, herpes, etc. Chez un assez grand nombre de malades, il ne m'a pas été possible d'attribuer à aucune des lésions précédentes la manifestation du bubon, et celui-ci paraissait être survenu spontanément. Quelques-uns, parmi ces derniers, ont été affectés de bubons strumeux à la suite d'excès de coït. C'est surtout chez des jeunes gens de quinze à vingt ans que cette circonstance étiologique m'a paru évidente.

Traitement. Je m'empresse de dire que je n'ai nullement l'intention de proposer un moyen nouveau contre l'affection que je viens de décrire. Je crois qu'il est beaucoup plus important de chercher à régulariser l'emploi des différentes méthodes de traitement qui ont été proposées, que d'en inventer de nouvelles. J'ai cité, au commencement de ce travail, un précepte de Hunter qui venait sanctionner ma manière de voir, et qui indiquait en même temps l'intérêt pratique que ne peut manquer d'avoir l'étude des bubons au point de vue de leur nature. « Le premier pas dans le traitement des maladies, a dit Hunter, est de « s'assurer quelle en est la nature. » C'est là, en effet, le point capital de la question et le seul qui puisse jeter quelque jour dans le traitement de l'affection qui nous occupe. Malheureusement c'est celui qu'on a le plus négligé. On a proposé une foule de moyens contre les bubons,

envisagés d'une manière générale, et on s'est peu inquiété de savoir si tel moyen qui convient contre les bubons syphilitiques était également applicable aux bubons scrofuleux, etc. Le préjugé médical dont j'ai eu occasion de parler, et qui fait regarder comme syphilitique toute tumeur siégeant dans la région de l'aine, a été surtout funeste quand il s'est agi de traiter ces tumeurs. Aussi voyons-nous encore aujourd'hui des malades affectés de bubons scrofuleux soumis à des traitements mercuriels d'autant plus prolongés qu'ils ont moins d'influence sur la maladie. Il serait superflu de chercher à prouver par les faits ce que je viens d'avancer. Il suffit de rappeler à tous les praticiens qu'ils ont eu à constater eux-mêmes l'inutilité parfaite de ce moyen, toutes les fois qu'ils l'ont employé dans des cas de cette nature.

Il n'entre pas dans mon sujet d'établir la médication interne qu'il convient le mieux d'administrer aux malades affectés de bubons strumeux. Ceci rentre dans le traitement de la scrofule. Je dois seulement examiner quels sont les moyens locaux avec lesquels on obtient le plus promptement la résolution des engorgements ganglionnaires de l'aine. Tout le monde sait avec quelles difficultés on arrive à un semblable résultat.

Les frictions résolutives avec l'onguent mercuriel, les pommades au protoiodure de mercure, à l'iodure de plomb, etc., n'exercent le plus souvent aucune action sur les tumeurs de cette nature. Cependant, lorsque ces dernières sont constituées surtout par l'engorgement du tissu cellulaire, et que les ganglions ne sont pas très-volumineux, ces frictions peuvent déterminer une inflammation plus vive dans la tumeur, amener la suppuration de celle-ci, et plus tard sa résolution complète. Il est rare néanmoins que, même dans cette variété, que j'ai indiquée comme étant la plus simple, on arrive à un résultat définitif seulement par les frictions et les applications résolutives ou excitantes. On peut alors recourir aux vésicatoires appliqués sur la tumeur. Il faut en appliquer plusieurs successivement. Ils agissent dans le même sens que le moyen précédent, en produisant la suppuration du tissu cellulaire. Mais, je le répète, on ne peut attendre un résultat favorable de ces deux moyens que lorsque la tumeur est constituée par un empâtement diffus du tissu cellulaire et qu'elle ne présente pas de ganglions durs et volumineux. Dans les cas où ce dernier symptôme existe, la cautérisation seule peut en triompher d'une manière définitive. De tous les caustiques qui ont été proposés contre le bubon, celui qui me paraît préférable est le caustique de Vienne. J'ai eu à traiter, pendant l'année 1845, dans le service de M. Ricord, plus de cent bubons scrofuleux par ce dernier moyen, et j'ai pu m'assurer qu'aucune autre méthode ne peut procurer une ré-

solution aussi prompte et qu'aucune ne prévient d'une manière plus certaine les récidives qui sont si fréquentes dans l'affection qui nous occupe. Je vais exposer succinctement de quelle manière M. Ricord emploie le caustique de Vienne. Le premier jour, on applique une couche de pâte de Vienne ayant environ trois millimètres d'épaisseur et couvrant les deux tiers de la surface de la tumeur. Une demi-heure après cette application on met un cataplasme sur le bubon. Le cataplasme est renouvelé les jours suivants. L'eschare produite par le caustique se détache du cinquième au dixième jour. Cette eschare comprend ordinairement toute l'épaisseur de la peau. Après sa chute, le tissu cellulaire est mis à nu ainsi que les ganglions tuméfiés. Ceux-ci viennent faire saillie à la surface de la plaie. Il faut alors faire une seconde application de caustique sur les ganglions eux-mêmes. Cette opération n'est nullement douloureuse, contrairement à ce qu'on pourrait penser *à priori*. Cette nouvelle application produit une nouvelle eschare. A la chute de celle-ci, on renouvelle l'opération, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on ait détruit complétement les ganglions engorgés. Chez quelques malades, il a fallu faire jusqu'à douze applications de caustique pour obtenir ce résultat. Du reste, ce n'est qu'à la condition d'avoir fait disparaître complétement tous les ganglions engorgés qu'on pourra espérer de ne pas voir récidiver la tumeur. J'ai vu des malades chez lesquels la peau s'étant cicatrisée avant la destruction complète des ganglions, une nouvelle tumeur de même nature n'a pas tardé à se manifester. Lorsqu'on a obtenu la disparition complète de l'engorgement, il ne reste plus qu'à favoriser, par des pansements méthodiques, la cicatrisation de la plaie. Celle-ci se fait rapidement. On reste alors frappé de la netteté de la cicatrice et de son peu d'étendue, avantages auxquels on serait loin de s'attendre si l'on considérait seulement l'énorme perte de substance et la largeur de la plaie produite par le caustique.

Je me borne à ces courtes indications qui m'ont été fournies par l'observation, ne voulant pas entrer dans la comparaison des différents moyens qui ont été proposés par les auteurs. Du reste, la plupart de ces moyens agissent dans le sens de celui que je viens d'indiquer. Ce dernier a sur eux l'avantage d'agir avec plus de promptitude et d'une manière plus certaine ; en outre, il est moins douloureux que la plupart d'entre eux. Les malades de l'hôpital du Midi s'y soumettent sans difficulté, ce qui n'a pas toujours eu lieu pour quelques procédés violents qu'on a voulu appliquer à ces tumeurs rebelles.

F. Gabalda.

DES CIRCONSTANCES QUI S'OPPOSENT A CE QUE LE PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT SOIT ÉTABLI D'UNE MANIÈRE EXACTE DANS LES VICES DE CONFORMATION DU BASSIN.

On pense généralement qu'il est facile d'apprécier exactement l'étendue d'un bassin vicié, et que, cette étendue fixée, il est également facile, dans les cas où le degré de rétrécissement exclurait la terminaison spontanée, de statuer sur le choix des procédés à mettre en usage, et sur le résultat qu'ils pourront fournir.

Certes il est possible, dans la plupart des cas, de déterminer d'une manière précise l'étendue d'un bassin rétréci, mais aussi il est des cas où cette fixation des diamètres échappera à tous les moyens d'investigation (1); de plus, quand bien même cette appréciation des dimensions du bassin aurait été faite, on ne serait pas encore pourvu de toutes les connaissances qui peuvent permettre d'établir le pronostic.

En effet, la configuration du bassin peut exercer une grande influence sur les résultats de l'accouchement, et cette configuration n'est pas toujours facile à déterminer exactement.

Le degré d'énergie des contractions utérines, le volume de la tête de l'enfant, sa réductibilité, toutes circonstances dont la connaissance serait cependant indispensable pour établir le pronostic, tant leur influence est grande sur le résultat de l'accouchement, ne peuvent en aucun cas être appréciés à l'avance.

Ainsi, lorsque l'accouchement spontané peut être espéré, il n'aura cependant lieu que si le volume de la tête de l'enfant n'excède pas les dimensions normales, que si cette tête est réductible, et que si les contractions utérines sont douées d'un degré d'énergie suffisant pour déterminer l'expulsion du produit.

A un degré de rétrécissement plus prononcé, alors qu'on ne peut

(1) La *Gazette de Strasbourg* du 20 janvier 1842, page 13, a signalé un exemple bien remarquable de ce fait, qui a été observé par un homme dont la rare expérience est connue de tous, M. Stolz, professeur de la Faculté. Le bassin de la femme qui fait le sujet de cette observation était rétréci par une exostose placée derrière la symphyse des pubis; les dimensions du diamètre antéro-postérieur et les circonstances fâcheuses qui s'étaient rencontrées dans les accouchements précédents de cette femme déterminèrent M. Stolz à pratiquer l'accouchement prématuré artificiel, mais le résultat ne fut pas celui sur lequel on devait compter, des difficultés tout à fait inattendues se rencontrèrent lors de l'extraction du produit. La femme succomba, et l'autopsie permit de constater que le bassin était bien plus rétréci qu'on ne l'avait cru, par cette exostose très-volumineuse à sa partie supérieure, et que le doigt ne pouvait atteindre dans ce point.

plus compter sur l'accouchement spontané, on le voit cependant s'effectuer quelquefois quand le volume de l'enfant est moindre qu'à l'état normal, quand sa tête petite est très-réductible, quand les contractions sont énergiques, quand enfin, le bassin étant irrégulièrement conformé, un des diamètres obliques a gagné en amplitude ce que l'autre a perdu.

Si le degré de rétrécissement ne peut pas laisser espérer l'accouchement spontané, l'application du forceps est alors résolue; mais cette application ne sera suivie du résultat qu'on est en droit d'espérer que si l'on ne rencontre pas excès de volume, et irréductibilité de la tête de l'enfant. Enfin, dans les cas où le degré de rétrécissement exclut la possibilité de l'extraction du produit à l'aide du forceps, l'accouchement prématuré artificiel, si un parti a pu être pris pendant la grossesse, n'est-il pas soumis lui-même à toutes ces éventualités? Ainsi, après des tentatives d'accouchement prématuré, ne s'est-on pas vu quelquefois dans la nécessité de recourir au forceps, même à la perforation du crâne, parce que la tête était plus volumineuse et plus résistante qu'on ne devait le supposer?

Ce n'est, à mon sens, que dans les cas de rétrécissement extrême, cinq centimètres (deux pouces environ), qu'on peut statuer d'une manière exacte sur le pronostic et sur le choix des procédés. Les quelques faits qui suivent viendront, je l'espère, démontrer ce que je viens d'établir.

Obs. I. Madame L**, arrivée au terme d'une première grossesse, après un travail très-prolongé, n'avait pu être délivrée qu'à l'aide d'une application du forceps que je fis après que la tête avait déjà subi un certain degré d'engagement; l'enfant vécut, il a aujourd'hui cinq ans. Sa tête, très-petite et très-réductible, s'était cependant allongée considérablement pendant un engagement pénible, effectué dans un bassin uniformément petit, qui ne présentait que huit centimètres et demi (trois pouces un quart) environ au diamètre antéro-postérieur des deux détroits et de l'excavation.

Madame L**, devenue de nouveau enceinte cette année, douée d'un fort appétit, le satisfit amplement pendant toute la durée de sa grossesse (1) pendant laquelle, du reste, elle n'éprouva aucune incommodité. Prévenu en temps utile de l'état de grossesse de madame L***, je conseillai à M. le docteur L... de pratiquer l'accouchement prématuré artificiel. Cette proposition ne fut pas acceptée de prime abord; M. le docteur L... se fondait sur ce que le premier enfant étant venu au

(1) Les auteurs qui pensent qu'à l'aide du régime débilitant auquel on soumet la femme, on diminue le volume de l'enfant, trouveront dans ce fait la confirmation de leur opinion.

monde petit, offrant une tête petite et très-réductible, il y avait tout lieu d'espérer qu'on rencontrerait à un second accouchement des circonstances aussi favorables, et qu'alors, surtout à une deuxième couche qui est en général plus facile, l'enfant serait probablement expulsé ou extrait plus favorablement encore que la première fois. Je cherchai à combattre ces raisons, et quelques semaines après je revins encore à la charge; mais les mêmes raisons me furent alléguées, et j'ai à me reprocher, dans cette seconde occasion, de ne pas avoir insisté plus encore que je ne l'ai fait. Malheureusement indécis, et se laisant aller à des espérances qu'on ne pouvait véritablement pas combattre avec énergie, tant le résultat est incertain en pareille circonstance, M. le docteur L... laissa arriver le terme de la grossesse. Mais ses espérances ne se réalisèrent pas ; après un travail très-prolongé, pendant lequel des douleurs énergiques et des plus vivement perçues s'exercèrent inutilement pendant plus de dix-huit heures après la rupture des membranes et la complète dilatabilité du col (1), la tête s'était légèrement engagée par son sommet allongé, mais moins encore que la première fois, et elle resta ainsi comme clouée au détroit supérieur, sans faire le plus petit progrès, malgré l'énergie et la continuité des douleurs. Il nous parut indispensable, à M. le docteur L... et à moi, de mettre fin à un travail aussi prolongé et aussi complétement inutile. J'appliquai donc le forceps : cette application fut des plus faciles et presque exempte de douleurs, malgré l'élévation de la tête ; j'ai rarement fait une opération qui m'ait autant satisfait. Mais le forceps une fois articulé, quand il fallut extraire la tête, je rencontrai une résistance que je ne pus vaincre qu'à l'aide d'efforts considérables. Vingt minutes de tractions énergiques, y compris les temps de repos nécessaires, me permirent d'extraire un enfant des plus volumineux, qui fit quelques inspirations et ne put être ranimé par aucun moyen ; la tête de l'enfant était très-volumineuse et surtout tout à fait irréductible.

Pendant l'extraction la mère avait ressenti des crampes très-vives dans le membre inférieur gauche.

Les trois premiers jours l'état de la nouvelle accouchée fut des plus satisfaisants, la fièvre de lait se manifesta en son temps et avec toute la régularité désirable ; le ventre resta constamment affaissé et indolore. Mais bientôt la malade ressentit de légères douleurs dans toute l'étendue du membre inférieur gauche, et seulement à la surface, et peu à

(1) Je me sers du mot *dilatabilité*, et non dilatation, car dans ce cas, comme dans la plupart des accouchements où le bassin est rétréci, la tête, au début du travail, reste, comme on le sait, fort élevée et ne maintient pas l'orifice dilaté. Mais cet orifice n'en est pas moins très-dilatable.

peu la sensibilité devint si excessive, que le plus léger contact faisait pousser des cris à la malade ; ces douleurs ne lui laissaient que des intervalles d'un repos incomplet. Tous les moyens furent mis en usage pour modifier cette vive sensibilité, MM. les docteurs Honoré, Bouillaud, Velpeau, Baudelocque, Michon, furent successivement consultés, mais en vain ; l'autre membre devint également le siége de douleurs aussi atroces, puis la paralysie ne se borna pas aux deux membres inférieurs, elle se manifesta bientôt, précédée de vives douleurs, dans les deux membres supérieurs. Des symptômes de méningite, avec accès de délire furieux, se manifestèrent, et la mort vint seule, après plusieurs mois, mettre un terme à cet état d'angoisse et de souffrance inexprimable.

Il est plus que certain que l'accouchement prématuré artificiel aurait permis d'éviter un aussi déplorable résultat, qui certainement n'a été dû qu'à une compression subie par les nerfs cruraux les branches antérieures des nerfs sacrés et les vaisseaux lymphatiques, au moment de l'engagement de cette tête si volumineuse, et cette compression a été d'autant plus funeste qu'elle s'est exercée, non pas seulement au détroit supérieur, comme dans les cas où le détroit seul est rétréci, mais dans toute l'étendue du canal, depuis le détroit supérieur jusqu'au détroit inférieur, le bassin étant uniformément petit.

Il faut bien en effet que cette circonstance ait eu l'inflence que je lui attribue, et que de plus elle ait rencontré chez la malade de fâcheuses prédispositions, pour qu'on ait vu des accidents aussi formidables se manifester. Que de fois, en effet, n'ai-je pas vu des femmes soumises, avant leur entrée à l'hôpital, à des applications de forceps mal dirigées, pratiquées à plusieurs reprises et bien plus longtemps continuées, éprouver à peine de légers accidents, et que de fois j'ai appliqué le forceps à des degrés aussi prononcés de rétrécissement, sans que j'aie jamais eu à déplorer un semblable résultat !

Obs. II. J'étais sous la douloureuse impression que m'avait causée une fin aussi funeste, lorsque mon ami, le docteur Ameuil, me pria d'examiner avec lui une jeune femme enceinte de quelques mois, et dont la conformation lui inspirait des craintes pour un accouchement à terme. Après avoir mesuré avec le compas de Baudelocque, puis avec le doigt et l'intropelvimètre de M. Van Huevel, le diamètre sacro-pubien, nous ne trouvâmes que trois pouces et quelques lignes; nous pensâmes donc qu'il y avait opportunité à pratiquer chez cette femme l'accouchement prématuré artificiel.

L'étendue du bassin nous permit de fixer l'époque de cette opération au huitième mois accompli, afin de laisser les plus grandes chances possibles à l'enfant.

J'aurais désiré avoir l'avis de nos collègues les docteurs Danyau et Devilliers fils, afin de les faire contribuer, pour leur part d'expérience et de responsabilité ; jour avait déjà été pris avec ces honorables confrères, quand je reçus de la mère de la jeune femme une lettre dans laquelle elle refusait tout autre concours que celui de M. le docteur Pons, qui nous fut adjoint. M. Pons, après examen fait, partagea notre avis, signa ainsi que nous la consultation, et approuva l'usage des moyens à l'aide desquels nous nous proposions d'opérer.

Une éponge préparée, petite et taillée en cône, fut donc introduite dans le col utérin, puis une autre éponge molle, du volume des cinq doigts réunis en cône, fut introduite sur la première afin de la maintenir, et un bandage en T fut placé pour fixer le tout. Il était onze heures du matin ; le soir vers quatre heures, malgré l'usage de ce moyen et l'administration de deux grammes de seigle ergoté, aucune douleur ne s'était manifestée : l'appareil fut retiré, et un autre petit cône d'éponge préparée fut introduit dans le col. Pendant la nuit, quelques douleurs sourdes se manifestèrent, l'utérus devint le siége d'une légère sensibilité et d'une tension permanente : l'appareil fut de nouveau retiré, et nous trouvâmes le col dilaté, présentant l'étendue d'une ancienne pièce de 3 francs ; les membranes étaient intactes.

Mais pendant que s'étaient accomplis les phénomènes d'aplatissement et de dilatation du col utérin, la face des choses avait tout à fait changé ; la tête, poussant au-devant d'elle le segment inférieur de l'utérus, modifié par la présence de l'éponge, avait déjà subi un premier degré d'engagement dans le détroit supérieur. Cette circonstance nous donna à penser que la petitesse de la tête était extrême, et qu'alors il y avait tout lieu de croire qu'elle ne prendrait pas, pendant le dernier mois, un accroissement qui pût l'empêcher de traverser le bassin à terme, et qu'alors, dans l'intérêt de l'enfant, nous devions tâcher de suspendre ce commencement de travail, si cela était possible. Dans l'intérêt de la mère, nous le devions aussi, pour ne pas établir d'une manière définitive pour l'avenir un précédent dont on devrait s'autoriser dans les grossesses qui pourraient avoir lieu ultérieurement pour pratiquer l'accouchement prématuré artificiel.

Nous laissâmes donc les membranes intactes ; si elles résistaient et que le col vînt à se resserrer, l'enfant, expulsé à terme, aurait acquis son entier développement ; mais cette chance était incertaine.

La femme fut mise au bain pour faire cesser la sensibilité de l'utérus, le ventre fut couvert de cataplasmes, le repos fut prescrit, et la femme fit usage d'une potion calmante.

Tout travail cessa ; la sensibilité utérine avait complétement dis-

paru, lorsque, trois jours après l'introduction de la première éponge, sans aucune douleur, les membranes se rompirent spontanément, et la femme accoucha seule d'un enfant vivace et bien portant.

L'accouchement fut si facile et si rapide, que la femme resta stupéfaite d'être accouchée pour ainsi dire sans s'en être aperçue. Un médecin fut mandé à la hâte pour effectuer la délivrance. Le rétablissement de l'accouchée fut aussi rapide qu'une couche aussi heureuse devait le faire espérer.

Qui croirait cependant qu'un mois après, notre ami, le docteur Cherest, entendait dans le monde une âme charitable faire passer cette femme pour morte? elle était allée au spectacle la veille.

Que s'est-il passé dans ce cas? Rien qui ne puisse s'expliquer. L'étendue du bassin avait été mesurée exactement entre les pubis et l'angle sacro-vertébral, et cette dimension avait dû déterminer notre résolution d'agir avant terme.

Mais la petitesse et l'extrême réductibilité de la tête n'avaient pu être connues à l'avance, et de plus la forme du détroit supérieur n'avait pas été exactement appréciée; et cette dernière circonstance, après l'amincissement du segment inférieur de l'utérus, vint favoriser encore l'engagement de la tête dans le point du bassin qui lui offrait plus d'étendue; et c'est à droite que le bassin offrait plus d'amplitude, la paroi latérale gauche ayant été déprimée dans l'enfance par une compression violente.

Mais est-il bien certain que, malgré cette circonstance favorable, la femme eût pu réussir à se débarrasser seule à terme? On était en droit de l'espérer d'après la petitesse de la tête, mais on ne pouvait pas le moins du monde en avoir la certitude. Et comment les choses se seraient-elles passées si l'enfant eût été volumineux?

Obs. III. Comme contre-partie du fait précédent, je pourrais en citer bien d'autres empruntés à la pratique des hommes les plus habiles, si les auteurs étaient dans l'habitude de confesser leurs insuccès. Cependant, qui ne sait qu'on a tiré soi-même de ses fautes et de celles des autres bien plus de profit que de toutes les relations de faits extraordinaires, de cures miraculeuses dont la plupart des recueils périodiques sont alimentés? Je me bornerai donc à en citer deux qui viennent pour ainsi dire de s'accomplir, et dans lesquels il est impossible d'attribuer l'erreur au manque d'habileté d'hommes qui se sont fait dans la pratique une réputation justement méritée.

La nommée Vente, âgée de vingt-deux ans, primipare, à terme, ressentit les premières douleurs de l'accouchement le 18 avril 1845, époque à laquelle elle fut en butte à de mauvais traitements dont elle

porte les marques. A son entrée à la Clinique, le 21, elle éprouve des contractions assez énergiques; le toucher, pratiqué par M. P. Dubois et par M. Devilliers, permet de reconnaître deux pouces six lignes environ (six centimètres et demi); le col aminci ne permet que l'introduction du doigt; les membranes sont entières. Le 22, l'état de la malade est loin d'être satisfaisant; le pouls est très-fréqnent, la soif vive, la peau chaude, le visage coloré, les garderobes fréquentes et liquides. Le 23, la malade est affectée de vomissements fréquents, bilieux, mélangés de sang; la dilatation n'a pas fait de progrès; on rompt les membranes et on plonge la malade dans un bain à huit heures du matin; dans l'après-midi, les douleurs reprennent un surcroît d'activité; le sommet, placé en position occipito-iliaque gauche antérieure (première de Baudelocque), s'engage un peu, et M. Dubois, qui comptait être obligé de pratiquer la perforation du crâne, espère dès lors que l'accouchement pourra se terminer seul.

En effet, à dix heures du soir la dilatation était complète, et l'accouchement se terminait trois quarts d'heure après. L'enfant, à terme, né vivant, mais faible, pesait 2,500 grammes (5 livres); et les dimensions de sa tête, dont l'ossification était très-avancée, étaient celles-ci : occipito-frontal, 11 centimètres (4 pouces); occipito-mentonnier, 12 centimètres (4 pouces 6 lignes); bi-pariétal, 8 centimètres (3 pouces).

Le 24, la malade expira à la suite d'une métro-péritonite dont l'invasion avait précédé le travail.

L'autopsie permit de constater d'une manière exacte l'étendue du bassin; elle était de 7 centimètres (2 pouces 7 à 8 lignes) pour le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, de 11 centimètres et demi (4 pouces 3 lignes) pour le diamètre oblique droit, et de près de 12 centimètres (4 pouces 5 lignes) pour le diamètre oblique gauche du même détroit.

Ainsi donc, cette tête d'un enfant à terme, dans un état d'ossification avancé, et dont le diamètre bi-pariétal présentait 8 centimètres (3 pouces), a pu, en se réduisant de volume à l'aide de contractions utérines énergiques, et en choisissant le diamètre oblique gauche, qui présentait deux lignes de plus en étendue que le diamètre oblique droit, s'engager dans un bassin qui ne présentait que deux pouces huit lignes au plus d'avant en arrière.

Mais aurait-on dû à l'avance, je le répète, dans des cas semblables, compter sur les ressources inespérées de la nature? Non sans doute; ce n'était qu'au moment même, comme nous le fîmes dans le cas précédent, qu'on pouvait reconnaître l'inutilité d'un moyen jugé nécessaire auparavant; et certes, à un degré de rétrécissement aussi avancé,

c'est un devoir pour le praticien de prévenir, avant terme, les conséquences funestes d'une extraction du produit pratiquée à terme dans des circonstances semblables.

Obs. IV (1). L'accouchement prématuré artificiel est pratiqué, le 10 février 1844, à sept mois et demi, sur une dame de la rue de Bussy, par M. le professeur Dubois, assisté de MM. les docteurs Saintard et Depaul, et après consultation prise auprès de MM. Hervez de Chégoin et Velpeau; et certes, en supposant, ce qui n'est pas, qu'il y ait eu erreur, on pourrait se tromper en moins bonne compagnie.

Le bassin était assez rétréci pour que M. P. Dubois crût de son devoir d'insister, dans l'intérêt de la mère, pour que cette opération fût pratiquée. Cependant, le 3 juin 1845, cette dame accouchait spontanément, à terme, d'un enfant vivant qui pesait sept livres, mais dont la tête était probablement fort réductible. Une sage-femme, Mme G., dont la conduite me paraît inexplicable, assura à cette dame, dès le début de cette seconde grossesse, qu'elle accoucherait spontanément à terme. Elle ne craignit pas d'assumer sur elle une responsabilité aussi grande, et elle ne frémit pas, dans sa témérité, à l'idée des accidents qui auraient pu résulter d'un accouchement à terme, accompli dans de semblables circonstances. Elle croit peut-être qu'elle a donné là une preuve d'habileté, et, certes, elle n'a pas eu de peine à le persuader aux gens qui environnaient la malade; car le succès est tout pour les gens du monde, tandis qu'à mon sens, en comptant, contre toute raison, sur les ressources inespérées de la nature, qui, par miracle, ne lui a pas fait défaut, elle a, par ce fait, démontré clairement qu'elle ignore tous les accidents qui sont à redouter dans un cas semblable, et elle a établi pour la mère un précédent qui pourra peut-être avoir un jour pour elle les conséquences les plus funestes.

En résumé, quelle que soit l'habileté de l'homme de l'art, il est dans les vices de conformation du bassin quelques variétés de forme de ce canal qui peuvent lui échapper, et qui cependant peuvent avoir une grande influence sur le pronostic de l'accouchement. Il est aussi d'autres circonstances, le volume de la tête de l'enfant, sa réductibilité, l'énergie des contractions utérines, et, suivant quelques auteurs, le degré de relâchement des symphyses du bassin, qu'il est impossible d'apprécier à l'avance, et qui font aussi varier d'une manière inattendue les chances de l'accouchement.

Ici, c'est un accouchement à terme légitimement espéré, qui ne peut s'accomplir qu'à l'aide des moyens qui compromettent le salut de l'en-

(1) Je dois cette observation à l'obligeance de notre confrère Pénoyer.

fant, et quelquefois celui de la mère ; là, un accouchement réputé impossible à terme, contre lequel on prend toutes les précautions que la prudence suggère, qui s'accomplit avec facilité à une couche suivante ; plus loin, un accouchement qu'on espère terminer à terme, seulement à l'aide du forceps, et dans lequel on se voit obligé d'employer la perforation du crâne, la céphalotribsie, etc., etc.

De tout ceci faut-il conclure qu'on doit rejeter des moyens d'investigation qui ne peuvent pas éclairer tous les points de la question, et qu'il faut compter quand même sur les ressources infinies de la nature ? Non sans doute ; je ne pense pas qu'il puisse y avoir deux individus exerçant l'art des accouchements qui osassent tirer cette conclusion.

S'il est, en effet, un moyen, quelque insuffisant qu'il puisse être quelquefois, de fixer autant que possible le praticien au milieu de toutes ces causes d'incertitudes, c'est bien l'appréciation exacte des dimensions du bassin ; elle seule permettra de prévoir les résultats probables et de faire le choix des procédés à l'aide desquels on est en droit d'espérer légitimement le meilleur résultat possible. Et quand bien même la nature viendrait, contre toute prévision, déjouer les calculs de l'art, on ne devra pas moins s'applaudir du parti qui aura été pris ; car ce n'est pas sur des exceptions qu'il faut statuer, mais sur un grand nombre de faits identiques. Et il est bien certain, par exemple, que, sur cent bassins présentant six centimètres et demi (deux pouces et demi), on n'observera pas un accouchement spontané à terme, et toujours, dans ce cas, le forceps, insuffisant, sera meurtrier pour l'enfant, plus ou moins compromettant pour la mère, et la perforation du crâne et la céphalotribsie seront la seule ressource.

De même, si la connaissance de ces cas rares, où l'on a vu la nature triompher d'obstacles qui semblaient insurmontables, ne doit pas faire adopter l'expectation quand même, elle doit cependant nous tenir en garde contre trop de précipitation dans nos décisions, contre l'usage trop fréquent de moyens qui ne sont pas toujours innocents pour la mère et l'enfant. Ainsi, peut-on espérer que la nature se suffira à elle-même chez une primipare ? il faut attendre, pour agir, qu'il soit bien démontré, par le temps écoulé, quinze, vingt heures de contractions énergiques depuis la dilatation et la rupture de la poche, suivant la force du sujet, que les contractions sont impuissantes à déterminer l'expulsion du produit.

Et dans les cas où cette expulsion ne peut être légitimement espérée, et quand, avant terme, on aura pu prendre un parti, il faut agir en temps utile en suivant les règles de l'art, et s'en remettre pour le reste à la Providence.

Enfin, si, dans le même cas, l'homme de l'art n'est consulté qu'à terme, quoiqu'il semble certain que l'art sera la seule ressource de la emme, attendre encore pour laisser à la nature le temps de prouver son insuffisance ; tenter d'abord, mais avec la réserve compatible avec le salut de la mère, les moyens qui peuvent permettre d'extraire l'enfant vivant, puis, dans l'insuffisance de ceux-ci, recourir aux moyens extrêmes.

Chailly-Honoré.

CHIMIE ET PHARMACIE.

SUR UN NOUVEAU MOYEN D'ENVELOPPER LES PILULES.

La forme pilulaire a reçu dans ces dernières années de nombreux perfectionnements. Nous venons aujourd'hui appeler l'attention des praticiens sur une amélioration encore peu connue d'eux, mais qui se répand de plus en plus : nous voulons parler de la méthode qui consiste à faire enrouler *extemporanément* les pilules à la manière des dragées.

Voici, pour exemples, deux formules que nous avons eues à exécuter ; elles suffiront pour démontrer les avantages de cette pratique.

Première formule (Dr Goupil).

℞ Carbonate de potasse sec. } ãã 10 grammes.
Sulfate de fer pur. }
Rhubarbe pulvérisée. } ãã 5 grammes.
Feuilles de noyer pulv. }
Mucilage de gomme. Q. S.

M. et div. en 60 pilules que l'on roulera, après les avoir légèrement humectées, dans de la poudre fine de gomme et de sucre aromatisée au citron.

Deuxième formule (Dr Janat).

℞ Huile de croton tiglium, deux gouttes.
Amidon. } ãã 50 centigrammes.
Gomme arabique. }

F. S. A. 8 pilules qu'on roulera, après les avoir humectées légèrement, dans Q. S. de gomme arabique, de manière qu'elles soient parfaitement enveloppées dans une couche gommeuse solide.

Rien de plus simple, au point de vue pharmaceutique, que l'enrobage des pilules tel qu'il est prescrit dans les formules ci-dessus. Les pilules faites, on les met dans une boîte sphérique pareille à celle à argenter ; on laisse tomber dessus une goutte ou deux, ou mieux Q. S. de

sirop simple pour les humecter légèrement ; on imprime à la boîte un mouvement circulaire de manière à ce que les pilules se recouvrent de sirop uniformément ; on ajoute par partie, et en agitant chaque fois, la poudre destinée à l'enrobage jusqu'à ce que les pilules n'en prennent plus. On sort les pilules de la boîte ; on les laisse sécher un instant, et on les livre au malade. On obtiendrait des pilules dragéiformes plus parfaites en laissant bien sécher la première couche ou robe, puis procédant à l'enrobage comme la première fois. Cependant nous devons dire qu'il est impossible d'obtenir en petit ce glaçage que les confiseurs, opérant en grand, peuvent donner aux dragées.

La gomme seule, ou unie au sucre pour recouvrir les pilules, a l'inconvénient de former une couche semi-transparente, et par conséquent de laisser apercevoir le noyau médicamenteux, le plus souvent d'une couleur peu agréable. On y obvierait en associant à ces deux substances de l'amidon qui donne une couche d'un blanc mat, et qui a en outre l'avantage de s'opposer à l'hygrométricité du sucre. Il nous paraît donc convenable d'employer à l'enrobage des pilules un mélange à parties égales de gomme, de sucre et d'amidon, que l'on aromatisera du reste à volonté.

Cette méthode de recouvrir les pilules, méthode à la propagation de laquelle nous ne sommes peut-être pas étranger, a plusieurs avantages. Dans la première formule, l'auteur a eu en vue de dissimuler la saveur atramentaire du médicament ; dans la seconde, c'est l'action irritante sur la muqueuse du tube digestif que l'auteur a voulu prévenir. Mais elle peut avoir encore d'autres objets, comme de dissimuler une odeur repoussante, de s'opposer à l'altération, et même à la délitescence de certains corps au contact de l'air ; ce que ne font nullement les poudres dans lesquelles on enroule d'habitude les pilules, et ce que ne font que bien imparfaitement les feuilles d'or ou d'argent dont on les recouvre aussi quelquefois. Il est vrai de dire que le procédé Garot, pour la gélatinisation des pilules, atteint parfaitement les différents buts que nous venons de signaler ; mais il n'est ni aussi commode, ni aussi expéditif que celui dont nous venons de nous occuper.

DORVAULT.

PROCÉDÉ POUR L'EXTRACTION DE L'IODE DES BAINS IODURÉS.

M. Soubeiran a écrit sur ce sujet la lettre suivante à M. Chevallier, rédacteur en chef du *Journal de Chimie médicale*.

Monsieur et collègue, vous demandez un procédé pour extraire l'iode des bains iodurés. Il en existe un fort bon ; c'est la transformation de l'iode en iodure de cuivre. Je l'ai indiquée dans le temps, elle a été

simplifiée depuis par M. Liebig. Il suffit de verser dans l'eau des bains une solution d'un mélange de sulfate de fer et de sulfate de cuivre, pour que tout l'iode se précipite à l'état de sous-iodure de cuivre. Ce sous-iodure lavé et séché fournit l'iode par sa distillation avec de l'acide sulfurique et du manganèse.

MM. Labiche et Chantrelle ont essayé leur procédé à la pharmacie centrale. Il n'est pas applicable en grand, par les raisons suivantes : la précipitation exacte de l'iode par le chlore est fort difficile à exécuter, puisqu'un excès d'iode fait perdre aussitôt une partie du produit. L'emploi de l'acide sulfureux n'est pas plus commode. Faites-vous donc une idée de ce que c'est que de traiter par l'acide sulfureux tout le dépôt des bains de l'hôpital Saint-Louis ! l'odeur suffocante de l'acide y ferait renoncer. Je ne crois pas qu'il y ait plus d'avantages à incinérer l'amidon, suivant la nouvelle proposition de M. Labiche. Le procédé de ces messieurs est exécutable en petit ; mais ils ont reconnu eux-mêmes que dans la pratique, sur de grandes quantités, il n'offrait plus d'avantages.

L'iode est devenu si cher, que l'administration des hôpitaux a cru devoir supprimer l'emploi des bains iodurés ; sans cette circonstance, nous aurions exécuté en grand l'extraction de l'iode. L'opération est des plus simples.

Toute l'eau des baignoires serait envoyée dans une cuve en bois placée en contre-bas. On y ajouterait la solution de sulfate de cuivre et de sulfate de fer. Le lendemain matin on tirerait la bonde de la cuve pour laisser perdre toute l'eau surnageante, et on la remplacerait par l'eau des bains du jour que l'on décomposerait à son tour. De loin en loin on recueillerait l'iodure de cuivre, qui serait séché et envoyé à la pharmacie centrale pour y être décomposé. Il est possible que l'on trouve mieux, mais déjà ce procédé est satisfaisant, et la médaille d'argent de la Société de chimie médicale ne devra être donnée qu'à celui qui trouvera un procédé plus simple et plus économique encore.

BIBLIOGRAPHIE.

De la Pellagre, de son origine, de ses progrès, de son existence en France, de ses causes et de son traitement curatif et préservatif ; par M. Théophile Roussel. (1 vol. in-8°, au bureau de l'Encyclographie médicale, rue Neuve-de-l'Université, n° 35.)

Il y a peu d'années, un interne de l'hôpital Saint-Louis, formé au

grand art d'observer par des études médicales solides et complètes, découvrit l'existence d'une maladie affreuse, regardée jusque-là comme exotique, et dont on connaissait à peine le nom. Cette découverte suscita d'abord des incrédules, bientôt après des envieux ; enfin, après quelques débats, elle est demeurée sans conteste à son auteur, M. Théophile Roussel. Mais ce médecin n'a pas borné là ses recherches. Cette même maladie, qu'on avait crue particulière à l'Italie, il l'a montrée à la fois en France et en Espagne ; et tandis que l'éveil donné par lui multipliait les observations dans nos provinces du Midi, il a profité de tous ces faits épars, et les a réunis pour en tirer des lumières nouvelles sur les caractères, l'origine, la marche, les causes et le traitement de l'affection dont nous parlons. C'est l'ensemble de ces travaux que M. Roussel vient de publier dans le livre que nous annonçons aujourd'hui ; livre que nous ne craignons pas de présenter comme un traité complet, comme une véritable monographie de la pellagre. Disons en peu de mots comment il a accompli cette tâche :

Le corps de l'ouvrage comprend quatre parties. L'auteur y a joint un Avant-Propos, aperçu général d'hygiène publique relatif à la pellagre ; et, sous forme d'Appendice, un coup d'œil topographique des principales régions où la pellagre est endémique. Son travail est terminé par une Notice sur le maïs et sa culture. Ces diverses parties, enchaînées dans un ordre rigoureux, présentées sous la forme la plus capable de faire ressortir les traits saillants de la maladie, rédigées avec un talent d'exposition et de critique qu'on rencontre rarement dans les monographies actuelles, écrites enfin dans un style clair, précis et élégant, dont notre littérature médicale offre fort peu d'exemples ; toutes ces qualités, et plusieurs autres qu'elles supposent, élèvent le livre sur la pellagre bien au-dessus de la plupart des publications qui encombrent chaque année le catalogue de notre librairie. Nous dirons, en un mot, que le livre de M. Roussel est digne à tous égards de l'attention des médecins, à qui il promet une lecture aussi intéressante qu'instructive. Essayons d'en donner une idée plus approfondie, en examinant quelques-unes de ses parties.

L'exposition historique, ou la première partie, fixe les dates précises de la connaissance de la pellagre. Les rapprochements de l'auteur, les discussions des autorités qui en ont parlé, l'analyse des traités pathologiques sous lesquels elle a été désignée, autorisent M. Roussel à admettre que la première description de cette maladie ne remonte pas au delà du milieu du dix-huitième siècle, qu'elle est la même que celle qu'on a connue, en Espagne et en Italie, sous le nom de *mal de la rosa* et de *scorbut des Alpes*, et que les médecins français ont con-

statée plus récemment dans les Landes, dans le Lauraguais (le docteur Calès), les Pyrénées et dans divers points du centre de la France. Mais cette maladie remonte-t-elle bien au delà du temps où elle a été signalée? L'auteur ne le pense pas. Suivant lui, c'est une maladie nouvelle en Europe, qui ne date pas de plus loin que le dix-huitième siècle dans les pays mêmes qui en ont été attaqués les premiers.

La deuxième partie du travail de M. Roussel est consacrée à la description de la pellagre; l'auteur la suit à travers les contrées où elle se produit, soit en France, soit à l'étranger, saisissant dans toutes les localités les attributs caractéristiques qui assurent son identité. Nous ne pouvons suivre M. Roussel dans l'examen des faits nombreux dont ce médecin a su tirer le diagnostic de la pellagre; il nous suffira de dire que ce diagnostic est établi sur des preuves frappantes, malgré les formes et les variétés dont la pellagre affecte de s'envelopper. D'après sa détermination, la pellagre doit être regardée comme une maladie chronique et comme une affection générale.

Dans la troisième partie de son travail, M. Roussel s'occupe de l'origine et des causes de la pellagre. Il fait justice des hypothèses dont on est parti successivement pour se rendre compte de ses symptômes; quant à l'auteur, il ne propose rien à ce sujet; il se contente de noter comme un fait, que la pellagre est le produit d'une alimentation défectueuse qui affecte d'abord le tube digestif et le système nerveux et modifie bientôt profondément toute l'économie : « S'il fallait trouver, dit-il, à la pellagre une place dans la nosologie, j'irais la chercher dans les anciens cadres nosologiques, et je la placerais, comme Sauvage, parmi les *cachexies.* »

Débarrassé des hypothèses, M. Roussel pénètre, à l'aide de l'observation, dans le domaine des causes réelles de la pellagre; il les cherche, avec raison, au sein des circonstances topographiques de toute espèce au milieu desquelles elle se développe. Loin d'adopter là-dessus aucune idée préconçue, il fait la part des influences innombrables capables de l'engendrer. Mais il remarque parmi les plus constantes deux causes qui lui semblent avoir la prééminence : l'alimentation par le maïs, mais par un maïs altéré, et en outre la misère des populations condamnées à ce régime; c'est, suivant lui, sous l'empire de ces deux causes que les pellagreux surviennent et se multiplient. M. Roussel s'efforce de justifier ce point important d'étiologie. Nous ne savons trop quel raisonnement on pourrait opposer aux arguments de l'auteur; mais, en attendant, on doit dire qu'il y a peu de propositions mieux démontrées dans son livre. M. Roussel a pris soin de rassembler à l'appui de son opinion toutes les preuves historiques, géographiques ou autres, qui ressortent de l'examen

de cette question. Aura-t-il convaincu tout le monde? Il n'y paraît pas, nous devons l'avouer; quoique, nous devons l'avouer aussi, on n'ait pas encore réussi, selon nous, à renverser l'appareil des preuves alléguées par M. Roussel. Cette analyse, déjà assez longue, ne peut être mieux terminée qu'en ajoutant quelques mots touchant la thérapeutique de la pellagre.

Comme on le prévoit, le traitement de cette cruelle maladie est assorti à sa cause productrice et à ses principaux phénomènes. Sous le rapport des causes, le traitement consiste à interdire au malade l'usage du maïs, et au moins, dit-il, du maïs de mauvaise qualité; 2° à retirer le pellagreux du genre de vie affaiblissant qu'il doit à la malpropreté et à la misère; 3° enfin, à refaire en quelque sorte sa constitution détériorée, à l'aide d'un régime de plus en plus substantiel, et dans lequel entre graduellement une quantité notable de substance animale. Tels sont les principes de la médication, et dont les agents curatifs ne doivent être que des corollaires.

Reste une dernière question, celle de la prophylaxie ou de la méthode préservatrice. M. Roussel n'a eu garde de l'omettre. Voici la série des propositions par lesquelles il termine ses préceptes de préservation applicables à la France. Nous ne saurions mieux faire que de les reproduire textuellement : « 1° La cause efficiente étant le maïs altéré, il faut qu'un ensemble de mesures soit pris pour ne laisser entrer dans la consommation que du maïs sain et de bonne qualité; 2° la cause prédisposante principale étant un régime alimentaire insuffisant et presque exclusivement végétal, il faut considérablement augmenter la proportion des substances animales qui entrent dans l'alimentation du peuple des campagnes ; 3° toutes les causes de débilitation qui pèsent sur la classe pauvre des agriculteurs agissant également comme causes prédisposantes ou adjuvantes de la pellagre, il faut procurer à cette classe des conditions meilleures d'existence. » M. Roussel termine en discutant les moyens d'exécution pour appliquer les préceptes d'hygiène publique renfermés dans ces trois propositions. Nous n'avons fait qu'effleurer, pour ainsi dire, l'ouvrage de M. Roussel, mais nous en avons assez dit pour justifier ce que nous en disions en commençant, savoir, qu'il mérite sous tous les rapports l'attention des médecins et des économistes.

Règne épidémique de 1842, 1843, 1844, *et* 1845, par M. Colas (de Sourdun), docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris. (Un vol. in-8°.)

Sous le titre que nous venons d'énoncer, M. Colas ne se propose rien moins que de poser les bases d'une théorie pathologique nouvelle. Le temps est-il bien choisi pour une telle tentative? nous en doutons. Sans nous exagérer l'importance des données qui peuvent sortir de l'anatomie microscopique et des investigations de la chimie organique, nous pensons cependant que lorsque tant d'hommes d'un mérite supérieur, MM. Dumas, Andral, Liebig, Matteucci, Gavarret, etc., etc., poursuivent leurs recherches dans cette direction à peine explorée, il est permis au moins de supposer que des informations intéressantes pourront venir de là, et constituer des éléments dont une théorie complète ne pourra s'affranchir. M. Colas (de Sourdun) ne paraît pas avoir eu soin de ces choses, et nous le regrettons, car son livre prouve qu'il est doué d'une intelligence capable de les apprécier. Quoi qu'il en soit de ce point de vue que nous empruntons à la logique de la science générale, voici rapidement la base fondamentale de la doctrine nouvelle proposée, mais non encore complétement développée, du médecin de Montrouge. M. Colas est essentiellement solidiste : toute déviation, de la vie normale suppose une altération appréciable, invisible, du tissu vivant. Toutes les maladies sont ou des altérations de tissu, ou des perturbations fonctionnelles, qui se lient elles-mêmes à une modification inconnue de la fibre vivante, mais nécessaire. Ceci posé, l'auteur détermine la nature de la maladie : ici, ressuscitant une conception d'Auguste Winzelmann, et vers laquelle Georget inclinait, il se rallie au pur dynanisme, et fait consister la maladie dans une sorte d'antagonisme entre le système nerveux et le système sanguin. M. Colas ne se borne pas à la spéculation, il aspire à descendre dans la pratique, et pose que presque toutes les maladies sont, à leur début, de simples névroses. De là l'anathème qu'il fulmine contre la thérapeutique antiphlogistique, qu'il s'interdit d'une manière presque absolue, et qu'il accuse d'entraîner les plus graves conséquences.

Telles sont sommairement les idées radicales qui courent dans ce livre. Les observations nombreuses qu'il contient sont jugées de ce point de vue. Si nous pensons que ces idées, non encore mûries, ne peuvent guère guider les praticiens, nous croyons au moins que de leur discussion j'aillissent çà et là quelques lumières sur diverses questions intéressantes.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

RÉCLAMATION DE M. HEURTELOUP RELATIVEMENT A UN ARTICLE SUR LA FRACTURE ET LA DÉFORMATION DES INSTRUMENTS LITHOTRITEURS.

Monsieur le rédacteur, permettez-moi de dire quelques mots relativement à l'article que vient de publier M. Civiale dans votre dernier numéro, sous le titre : *de la Fracture et de la déformation des instruments lithotriteurs.*

Le fait d'un instrument qui se serait brisé dans la vessie d'un malade pendant une de mes opérations, et qui aurait nécessité que l'on taillât ce malade, est contraire à la vérité. Si M. Civiale eût, comme il le pouvait, puisé ses renseignements à une autre source que dans une rédaction faite par son ancien aide, il n'eût pas commis *cette erreur*.

Jamais, dans mes longs travaux et dans mes innombrables essais depuis vingt-quatre ans, un accident de ce genre ne m'est arrivé. Dans le cas auquel M. Civiale fait allusion, et *qui date de quatorze années*, il ne s'est agi que de faire une boutonnière, *à cinq pouces du méat urinaire*, pour replacer une pièce qui s'était dérangée *dans le milieu de la partie droite de l'instrument*, et empêchait de le retirer sans produire des désordres que je voulais éviter. Si la taille a été pratiquée, c'est que je l'ai jugée utile dans l'intérêt du malade, qui, âgé de quatre-vingt-deux ans, n'aurait pu attendre sans inconvénient, avec une pierre brisée dans la vessie, que la boutonnière fût cicatrisée.

L'instrument que j'employais alors était l'un des premiers *percuteurs courbes* que j'ai mis en usage en 1832. Conséquemment sa construction demandait des perfectionnements qui ont été faits, puisque j'ai eu le prix de l'Académie des sciences pour cet instrument, en 1833.

Il est également contraire à la vérité, que, comme l'avance M. Civiale malgré l'évidence, *l'instrument courbe, à pignon et fenêtré* qu'il dit se briser souvent dans la vessie des malades, soit de moi. Si M. Civiale, ou d'autres chirurgiens peu familiers avec mon système d'opérations, se servent de cet instrument, je ne saurais qu'y faire. Il faudrait que ces messieurs comprissent que, puisque cet instrument est *fenêtré*, il doit être faible, car, *fenêtre* veut dire perte de substance, ce qui implique *faiblesse*. Or, s'il est faible, pourquoi ne se briserait-il pas ? Je n'ai jamais fait ni usé d'*instrument courbé à pignon et fenêtré*, conséquemment les exemples de rupture que l'on

donne doivent d'autant moins me regarder, que je trouve horriblement vicieux et dangereux cet instrument et la manière de le mettre en usage.

Je proteste donc contre l'abus dont on se rend coupable en lui donnant mon nom.

Mon *percuteur courbe à marteau*, pour lequel l'Académie des sciences m'a donné le prix en 1833, n'a ni pignon, ni fenêtre qui l'affaiblissent. Depuis quatorze ans que je m'en sers, il ne s'est jamais brisé ni faussé, et il ne peut ni se briser ni se fausser, puisque le marteau avec lequel j'opère est une fois plus léger que le marteau qui a servi à éprouver l'instrument. Or, cette épreuve, faite *à outrance*, avec *un pouvoir double*, est décisive quant à la sécurité.

C'est ce que je suis prêt à démontrer à ceux de mes confrères qui désireront avoir quelques renseignements de moi. Revenu maintenant à Paris, mon intention est de faire sortir mon opération de l'ornière vicieuse dans laquelle je la trouve.

Puisque j'en suis sur les réclamations, chose dont je suis peu prodigue, veuillez m'en permettre une autre, quoiqu'elle n'ait pas de rapport à une insertion faite dans votre journal.

Si l'on me donne un instrument que *je repousse*, d'un autre côté, on m'en ôte un autre à la propriété scientifique duquel je tiens beaucoup, je veux parler du *percuteur courbe à cuiller*, que j'ai porté à une telle perfection, quant à la forme et quant à l'usage, que je suis parvenu à extraire *immédiatement* des pierres d'un volume considérable par les voies naturelles, souvent en un temps moins court qu'on ne pouvait faire l'extraction de la même pierre par la taille.

Beaucoup de chirurgiens se servent de cet instrument *à cuillers*, comme je le faisais il y a treize ans, pour extraire quelques fragments, en agissant par pression; mais je vois qu'ils ne lui donnent jamais mon nom. Tantôt ils l'appellent mon *brise-pierre à cuillers*, *tantôt mon lithotribe à cuillers*. Je lis même dans un livre, que c'est un autre chirurgien que moi qui a eu *l'ingénieuse idée* d'excaver les branches du percuteur, et de le faire servir à l'extraction des fragments.

Veuillez me permettre, monsieur le rédacteur, pour remédier à ces *inattentions* ou à ces *erreurs*, de citer deux très-courts passages de mes Mémoires *sur la lithotriptie par percussion*, imprimés en 1833.

On lit à la page 73 de ces Mémoires : ..... « Mais prévenant cette difficulté (celle de ne pouvoir faire évacuer des fragments par un malade), M. Heurteloup s'était pourvu d'un instrument analogue au *percuteur courbe à marteau*, mais en différant principalement en cela que l'in-

térieur des branches était *excavé* de manière que les petits fragments saisis étaient aussitôt retirés avec la plus grande facilité. » (C'est M. Williams Forbes de Camberwell, chirurgien, devant lequel j'opérais en 1832, qui parle.)

Et dans une note de moi, à la même page 73, on lit ces mots : « ..... je fis donc usage d'un *percuteur à cuillers* avec lequel je guéris le malade. »

Je suis inscrit pour lire, à l'Académie des sciences, un Mémoire sur l'importance très-grande de cet instrument, importance qui ressort de beaucoup de guérisons obtenues au moyen de l'extraction immédiate qu'il permet d'opérer.

J'ai l'honneur, etc., Baron HEURTELOUP.

STÉATÔME ÉNORME DATANT DE QUARANTE ANS, ENTOURÉ DE TUMEURS SQUIRRHEUSES, EXTIRPÉ AVEC SUCCÈS SUR UN VIEILLARD DE SOIXANTE-DOUZE ANS.

La science possède des faits nombreux de masses graisseuses considérables enlevées avec succès. Il y a néanmoins dans l'observation que je vais rapporter, des circonstances insolites qui lui donnent un grand intérêt : la grande surface occupée par la base de la tumeur, l'abondance de l'évacuation à laquelle elle a donné lieu pendant plus de deux ans, la présence de plusieurs masses squirrheuses développées autour de la tumeur principale, et surtout l'âge avancé du malade et sa guérison.

M. Estivant de Braux, maire de Givet (Ardennes), doué d'une constitution robuste, vit se développer, après une chute sur le dos, une tumeur qui, prenant un accroissement continu, finit par acquérir, dans l'espace de quarante ans, un volume extraordinaire. Désirant s'en débarrasser, il alla consulter en 1826 les célébrités chirurgicales de Paris. Dubois, et MM. Roux et Marjolin, sans préciser la nature de la tumeur, en conseillèrent l'ablation le plus tôt possible. Mais Boyer, considérant toutes les conséquences de cette opération, donna un avis diamétralement opposé. Alarmé des craintes que lui inspira ce dernier, le malade revint avec sa difformité. Depuis 1826 la tumeur continua de s'accroître, et, au dire du malade, elle avait, en 1842, à peu près doublé de volume; elle était devenue une cause de douleur par son poids et par l'inflammation de la peau qui en recouvrait la partie inférieure. Examinée par quatre médecins appelés en consultation, la tumeur présentait à cette époque l'aspect d'un demi-sphéroïde appliqué sur le dos par sa base ; elle occupait tout l'espace compris

entre la deuxième vertèbre dorsale et la deuxième lombaire; elle était mobile sur les muscles dorsaux; la peau qui la recouvrait lui était fortement adhérente et sillonnée par des veines variqueuses. A la partie inférieure et un peu à gauche, on sentait sous la peau, au point où elle se relevait pour recouvrir la masse principale, plusieurs tumeurs dures, donnant lieu à des douleurs lancinantes; quelques-unes d'entre elles offraient le volume d'une moitié d'orange. La circonférence de la base de la tumeur était de 80 centimètres, la courbe qui en mesurait la hauteur de 55 centimètres, et celle de droite à gauche de 33. On peut se faire une idée du relief de cette masse; aussi M. Estivant passait-il avec raison pour un bossu. Le malade réclamait du soulagement. Plusieurs ponctions exploratrices, faites profondément avec le trocart, n'amenèrent pas le liquide qu'on croyait constituer la tumeur en partie. Il n'y avait qu'un seul moyen de procurer un soulagement véritable; mais on reculait devant la gravité d'une opération qui obligeait à mettre presque tout le dos à découvert. On employa des palliatifs qui n'empêchèrent pas les souffrances d'augmenter tous les jours. La peau s'amincit peu à peu, et finit par s'ulcérer à la partie inférieure; il s'échappa par cette ouverture une grande quantité de liquide ichoreux, couleur café au lait, à la surface duquel on voyait nager des œils de graisse. Cette déplétion, diminuant la turgescence de la tumeur, apporta un peu de soulagement, et la santé générale, gravement compromise, parut se raffermir. L'ulcération continua de fournir tous les jours d'une manière incessante une certaine quantité de liquide, lequel, comme on put s'en assurer par la suite, était sécrété dans plusieurs trajets fistuleux ramifiés à l'intérieur. Pendant deux ans et trois mois, M. Estivant, toujours souffrant, vécut avec cette évacuation intarissable. Il évalue à un demi-litre la quantité de liquide qui, dans les derniers jours, était rejeté au dehors en vingt-quatre heures. D'inodore qu'il était dans le principe, ce liquide devint peu à peu tellement fétide, que, malgré tous les soins de propreté, le malade ne pouvait rester dans un appartement sans incommoder ses voisins et corrompre l'air environnant. Cette déperdition excessive épuisait l'économie; les membres inférieurs étaient infiltrés jusqu'aux genoux, les paupières œdémateuses, les urines supprimées, le sommeil et l'appétit perdus. Enfin M. Estivant dépérissait tous les jours, et il était évident qu'il ne lui restait plus que peu de temps à vivre, s'il ne se décidait à recourir à l'opération. Après bien des réflexions de part et d'autre, la nécessité nous fit un devoir de tenter la seule chance de salut. Je priai M. Depaeuw, chirurgien aide-major au 18e de ligne, de me seconder, et, le 1er avril 1844, le malade étant couché sur le ventre, je procédai à l'opéra-

tion, en me conformant autant que possible aux préceptes établis par M. Lisfranc. Je pratiquai à droite de la tumeur une première incision demi-elliptique, depuis le haut jusqu'en bas; la peau adhérait intimement, ce qui, joint à un écoulement de sang considérable, rendit la dissection très-laborieuse. Le premier segment détaché, je pratiquai la seconde incision qui laissa sur le milieu de la tumeur une portion de la peau semblable à une longue côte de melon. La séparation du second segment ne présenta pas moins de difficulté que celle du premier; mais la partie inférieure fut détachée assez promptement. La tumeur enlevée, notre patient éprouva successivement deux syncopes que je crus mortelles; car l'opération avait été longue et douloureuse (de trois à quatre minutes). Enfin, à l'aide de l'ammoniaque, je parvins à ranimer les sens. Je détachai quelques-unes des tumeurs squirrheuses; mais je fus contraint d'en laisser, dans la crainte de voir périr le malade en prolongeant une séance déjà trop longue. On verra que je fus bien inspiré, car ces tumeurs, quoique formées d'un tissu lardacé, dur, criant sous le scapel, offrant des douleurs lancinantes, cédèrent à une compression méthodique, et aussi sans doute à la disparition de la cause qui leur avait donné naissance. Je liai les artères principales, et je rapprochai les bords de cette immense plaie à l'aide de points de suture. Un gâteau de charpie, des compresses et le bandage étoilé rapprochant les épaules en arrière, complétèrent le pansement. Séparée du corps, cette tumeur offre le volume et la forme d'un pain rond de trois livres; la matière qui la constitue ressemble à de la graisse de bœuf très-dure; la surface en est bosselée et recouverte d'une légère couche de tissu cellulaire; son poids, réuni à celui des tumeurs environnantes, n'est pas moindre de sept livres. Doué d'un rare courage, M. Estivant quitta son lit de misère pour un lit plus convenable. Il fit appeler ses enfants, qui n'avaient pas été prévenus du moment de l'opération pour éviter les angoisses inséparables d'une telle résolution. Bientôt survint un délire de peu de durée, qui fut suivi pendant quatre heures d'une prostration si complète, qu'on pouvait croire à une mort réelle. Le visage était d'une pâleur mortelle, la peau froide, le pouls et la respiration insensibles. Enfin la chaleur revint! peu à peu le corps se couvrit d'une sueur extrêmement abondante, surtout à la tête. La réaction eut lieu sans hémorrhagie, un sommeil réparateur ramena l'exercice de toutes les fonctions, et le lendemain le malade nous dit que depuis deux ans il n'avait pas eu une aussi bonne nuit. La cicatrisation marcha avec rapidité, sauf entre les deux épaules, qu'il est impossible de maintenir dans une immobilité absolue. Cependant, malgré une attaque de goutte, la plaie était complétement fermée au bout de

six semaines, et les tumeurs qui n'avaient pu être enlevées par le bistouri avaient entièrement disparu. Il y a plus de vingt mois que l'opération a été pratiquée, et il ne reste plus aujourd'hui à M. Estivant que le souvenir de sa tumeur et une cicatrice de 30 centimètres de longueur.

Dupierre, D. M. P.
à Givet (Ardennes).

MASSES CHARNUES CONSIDÉRABLES FORMÉES PAR LE RENVERSEMENT ET LA CHUTE DU VAGIN, ET METTANT OBSTACLE A L'ACCOUCHEMENT.

Voici l'histoire de deux accouchements terminés l'un par la version, l'autre par l'application du forceps, malgré la présence, en dehors des parties génitales, de deux masses charnues monstrueuses, formées par le renversement et la chute du vagin.

Obs. I. La femme Belloc, de Violgue, âgée de trente-sept ans, ayant eu quatre enfants, portait un renversement du vagin depuis son dernier accouchement; ce renversement existait continuellement depuis cette époque et formait, en dehors des parties génitales, une masse charnue de la grosseur du poing. Cette femme ne fit part de son infirmité à aucun médecin, et deux ans après son apparition, elle put devenir enceinte. Pendant la grossesse et surtout durant les derniers mois, cette masse acquit un volume considérable. Appelé auprès d'elle le 24 novembre 1827, je la trouvai en travail d'enfant : j'ignorais son infirmité; voulant l'examiner, je trouvai entre ses cuisses une masse charnue, ayant, depuis la vulve jusqu'à sa partie inférieure, 18 centimètres de longueur, et 12 centimètres d'épaisseur d'avant en arrière et de droite à gauche; cette masse était molle et couleur lie de vin; à sa partie inférieure il existait une ouverture qui permettait à peine l'introduction de l'indicateur. Sa partie supérieure adhérait au pourtour des grandes lèvres qui formaient comme une espèce de couronne ou de chapiteau superposé à cette masse.

Quel parti pouvait prendre un accoucheur, en face d'une pareille monstruosité? Inciser cette masse de bas en haut jusqu'à la vulve, pour parvenir dans le bassin, examiner la situation de l'enfant, et terminer l'accouchement; telle fut ma première idée. Mais une hémorrhagie considérable pouvait être la suite de cette opération, et compromettre les jours de cette femme. Renonçant à cette idée, j'essayai d'introduire deux doigts dans l'ouverture inférieure, je m'aperçus que je n'éprouvais pas une bien grande difficulté à dilater le canal qui régnait dans toute la longueur de cette masse; peu à peu, j'introduisis ma main en entier, et la faisant glisser lentement, je parvins dans l'excavation du petit bassin; là, je touchai le coude gauche de l'enfant; il fallait faire la version. Je sortis ma main droite, j'introduisis la gauche, je pus saisir les pieds dans le grand bassin à droite et en arrière, je les amenai l'un

après l'autre, et je terminai l'accouchement, emmenant l'enfant à travers cette masse, qui se dilata suffisamment, sans se déchirer, pour laisser passer, dans son canal interne, ma main, mon bras, et enfin le corps et la tête de l'enfant. L'accouchement n'eut aucune suite fâcheuse; les lochies coulèrent à travers ce même conduit, la masse charnue diminua peu à peu de volume; un mois après l'accouchement, je pus réduire le vagin et le maintenir en place, et cette femme guérit.

Obs. II. La femme Rieu de Labaïsse, commune de Fraïsse (Hérault), mère d'un enfant, âgée de trente-un ans, portait depuis son premier accouchement une infirmité pareille à celle de la femme Belloc; aussi négligente que celle-ci, nul médecin n'avait été consulté. La femme Rieu devient enceinte malgré cette infirmité et une toux qui la tourmente souvent. Sa grossesse est pénible, elle a une mauvaise santé, elle tousse, et souvent pendant la nuit elle est obligée de s'asseoir sur son lit pour tousser. Au commencement du septième mois, elle prétend s'être enrhumée, elle tousse beaucoup, enfin elle est obligée de garder le lit; vers la fin de ce mois, les douleurs de l'enfantement se manifestent; je suis appelé le 18 janvier 1836. A mon arrivée, je trouve chez cette femme un pouls à 95 pulsations, beaucoup de toux, peu d'expectoration. Voulant l'examiner, je reconnais l'existence d'une masse charnue en dehors des grandes lèvres, ayant cependant un peu moins de volume que celle de la femme Belloc, mais plus dure au toucher. L'introduction des doigts dans le conduit interne de cette masse était moins facile que chez la femme Belloc, et en outre, parvenu au niveau des grandes lèvres, je rencontrai là un bourrelet circulaire et épais qui me permettait à peine d'arriver dans le petit bassin avec l'extrémité des deux doigts indicateur et médius; au fond de cette cavité je touchai à nu la tête de l'enfant, les eaux étant écoulées avant mon arrivée. Je pris le parti d'appliquer le forceps, espérant que si cette manœuvre m'était possible, la masse que formait le vagin renversé se laisserait assez dilater, comme chez la femme Belloc, pour laisser passer l'enfant. J'introduisis sans beaucoup de peine la branche mâle, mais il me fut absolument impossible d'introduire la branche femelle, la première m'empêchant de diriger la seconde, à travers cette masse charnue, jusque sur le côté droit du bassin. Après plusieurs essais inutiles, je dus renoncer à cette manœuvre. J'eus alors une inspiration heureuse que je m'empressai de mettre à exécution, j'essayai de me servir de la branche mâle, que j'avais toujours en place, comme d'un conducteur; j'introduisis la branche femelle le long de sa courbure; dirigeant la convexité du bord de la branche femelle en haut et sa courbure en bas, je la poussai dans cette direction à la même hauteur que la branche mâle. Alors donnant celle-ci à tenir en place à un aide, je dirigeai lentement la branche femelle de gauche à droite, la faisant glisser entre la face de l'enfant, qui se trouvait correspondre à la concavité de la branche, et le sacrum qui correspondait à sa convexité; je parvins ainsi peu à peu à la ramener sur le côté droit du bassin, c'est-à-dire à la place quelle devait occuper. Alors je pus très-facilement réunir les deux branches. La tête étant ainsi bien saisie, je crus avoir, à peu près, terminé mon accouchement. Je commençai des tractions légères et graduées, mais le bourrelet dont j'ai parlé paraissait offrir une résistance insurmontable; je continuai cependant des tractions lentes, il survint tout à coup une déchi-

rure du bourrelet au devant du périnée, et se prolongeant en bas à quatre ou cinq centimètres sur cette masse. Alors j'achevai l'incision jusqu'à la partie inférieure avec le bistouri et je terminai l'accouchement en quelques instants; l'hémorrhagie fut peu considérable. Les couches n'offrirent rien de particulier; seulement la fièvre hectique qui consumait déjà la malade, persista ainsi que la toux, avec des alternatives de mieux et de pire. Un mois environ après l'accouchement, la masse formée par le renversement du vagin était réduite à la grosseur d'une pomme, la déchirure qu'on voyait encore à sa partie inférieure et en avant du périnée était de beaucoup réduite. Je pus réduire cet organe et le maintenir en place, malgré la persistance de la toux. Cette femme s'éteignit quelques temps après, consumée par la phthisie pulmonaire.

Conclusions. 1° Ces deux femmes auraient pu avoir des accouchements moins pénibles, si avant leur grossesse elles avaient consulté un médecin. Il m'est arrivé bien souvent d'être consulté pour des cas analogues, avant la grossesse ou pendant les premiers mois de celle-ci, et toujours j'ai réduit et maintenu dans sa position le vagin renversé, par un moyen fort simple que j'indiquerai dans un travail exprès.

2° Chez la femme Belloc, la manœuvre employée était la seule convenable ; le vagin renversé, formant une masse molle et facilement dilatable, toute incision devenait inutile, et l'accouchement ne pouvait être terminé que de la manière qu'il le fut.

3° Chez la femme Rieu, il existait une infirmité pareille ; seulement la masse charnue que formait le vagin, fortement renversé, était plus dure, ne se laissait pas facilement dilater, et en outre il existait un bourrelet dur, résistant, à la racine du renversement, ou au pourtour de la vulve. Ce qui s'était passé chez la femme Belloc me donna cependant l'espoir de parvenir à terminer l'accouchement sans inciser la tumeur. Si j'avais pu prévoir la déchirure qui survint, j'aurais pratiqué l'incision d'emblée, et je me serais épargné beaucoup de peine pour placer le forceps; mais mon espoir me paraissait d'autant mieux fondé, que je n'avais affaire qu'à un enfant de sept mois. L'événement ne justifia pas ma prévision, mais la manœuvre que je mis en usage n'eut aucune conséquence fâcheuse pour la femme. Cependant, si je rencontrais désormais un cas pareil à celui de la femme Rieu, je pratiquerais une incision, quand le travail serait assez avancé, pour pouvoir terminer l'accouchement de suite.

4° Il était impossible de réduire le vagin renversé, au moment où je fus appelé auprès de l'une et de l'autre de ces deux femmes; chez l'une, le coude était au fond du petit bassin ; chez l'autre, la tête était entièrement contenue dans cette excavation; les eaux étaient écoulées depuis quelque temps chez l'une et chez l'autre femme ; d'ailleurs la masse

énorme que formait le vagin renversé aurait empêché la réduction, quand même j'eusse été présent à la première douleur.

JAMME, D.-M.
à Olargues (Hérault).

BULLETIN DES HOPITAUX.

Des affections puerpérales régnantes. — Ce n'est pas seulement dans les services spéciaux d'accouchements, mais en ville dans la pratique civile et dans la plupart des hôpitaux, à l'Hôtel-Dieu, à la Charité, à Saint-Louis, à la Pitié, que l'on a observé des accidents puerpéraux, plus ou moins graves, qui se sont manifestés, soit immédiatement, soit plusieurs jours après les couches. Dans notre dernier numéro nous avons parlé des malades du service de M. Rayer, à la Charité. Des affections de même nature ont été observées en grand nombre dans le service de M. Louis, à l'Hôtel-Dieu, où une salle spéciale est réservée aux femmes en couches. Chez quelques malades les premiers accidents ne se sont développés que plusieurs jours et quelquefois même plusieurs semaines après l'accouchement; chez deux malades du service de M. Chomel, la maladie ne s'est déclarée que du huitième au dixième jour après les couches. L'une d'elles était une jeune femme de vingt-un ans, qui avait accouché heureusement à la Maternité; elle était sortie volontairement le neuvième jour assez bien portante, à cela près d'une douleur sourde qu'elle accusait dans le flanc et dans la fosse iliaque gauche : elle a succombé quelques jours après son entrée. Chez une malade du service de M. Andral, à la Charité, il s'est déclaré un phlegmon pelvien avec péritonite partielle, le douzième jour seulement après les couches. Plusieurs malades du service de M. Rayer ont succombé, et deux des malades des salles de M. Louis sont dans un état grave qui fait craindre pour leurs jours. Les autopsies ont donné des résultats divers : chez la malade de M. Chomel, on a trouvé un abcès dans l'ovaire, plusieurs abcès dans la rate et une phlogose des veines ovariques. L'une des malades qui ont succombé dans le service de M. Rayer, n'a présenté qu'une très-petite collection purulente dans le tissu cellulaire sous-péritonéen, sans aucune altération appréciable de l'utérus. On a rencontré chez quelques sujets des phlébites utérines, chez d'autres du pus dans les lymphatiques, chez d'autres enfin, rien d'appréciable. Cette diversité d'altération pour une affection qui offre tant de similitude dans les symptômes, est digne de remarque.

La métro-péritonite épidémique est-elle contagieuse? — Cette question peut assurément être posée en présence de faits pareils à ceux que nous allons rapporter, et qui sont de nature à frapper vivement les esprits. — Une jeune sage-femme qui n'était ni grosse, ni accouchée, après avoir soigné plusieurs femmes affectées de métro - péritonites épidémiques, a été prise des mêmes symptômes, et a succombé. Ce cas vient de se présenter à la Maternité. C'est le second fait de cette nature qui ait été observé par M. Paul Dubois. Le premier date de l'épidémie de 1838. L'autopsie de cette malade permit de constater tous les caractères anatomiques de la fièvre puerpérale, identiques avec ceux qu'on observait dans le moment chez toutes les femmes qui succombaient pendant cette désastreuse épidémie.

M. Chailly, qui a été plusieurs années chef de clinique de M. Paul Dubois et qui, en cette qualité, pratiquait les autopsies, nous a donné l'assurance que presque toujours, en temps d'épidémie, il a vu dans sa clientèle des accidents semblables à ceux de la clinique d'accouchement se manifester ; il a remarqué que cet état de choses s'était modifié dès qu'il ne fit plus les autopsies et qu'il les confia à l'interne ; enfin depuis six ans qu'il n'est plus chef de clinique, cet accoucheur assure n'avoir eu que deux métro-péritonites dans sa pratique. Du reste le successeur de M. Chailly à la clinique, M. le docteur Devilliers fils, a fait les mêmes remarques que lui.

Ces observations ont de l'intérêt, au moment où la question de la contagion est à l'ordre du jour à l'Académie ; nous ne voulons pas dire qu'elles prouvent que la métro-péritonite est contagieuse, mais ils n'autorisent pas non plus à rejeter tout à fait la contagion.

M. Moreau, dans ses leçons chaque année, témoigne à ce sujet une certaine incertitude. M. Voillemier, dans son travail remarquable sur la métro-péritonite, ne se prononce non plus ni pour ni contre la contagion. Il cite, entre autres faits, celui d'un interne de la Maternité, qui se rendit en ville auprès d'une femme en travail, au moment où il venait de terminer l'autopsie d'une femme morte à la Maternité, et qui vit la nouvelle accouchée prise des symptômes de la fièvre puerpérale à laquelle elle succomba rapidement.

Erosions, ulcérations du col de l'utérus à divers degrés après l'amputation de cet organe. Des cautérisations dans ces cas. — Il y a dans ce moment à la Pitié, dans le service de M. Lisfranc, deux exemples d'ulcérations utérines, dont le traitement a présenté de l'intérêt par cette circonstance que les malades avaient anciennement subi l'amputation du col de cet organe. Dans le premier cas, il ne s'agissait

que de la production d'excoriations sur la cicatrice résultant de l'amputation ; depuis quinze années que cette amputation a été faite, ces érosions se sont reproduites à cinq ou six reprises différentes, et ont été toujours guéries par M. Lisfranc au moyen des cautérisations légères avec le nitrate acide liquide de mercure. Cette fois elle est restée six semaines à l'hôpital, deux cautérisations ont suffi pour faire disparaître les érosions. Cette malade est âgée de quarante-cinq ans, et les règles commencent à être irrégulières; il n'existe pas chez elle d'engorgement de l'utérus, bien qu'elle y éprouve des douleurs : on n'a pû chez cette femme pratiquer des saignées dérivatives du bras en même temps que les cautérisations, parce que depuis une douzaine d'années elle a fréquemment des hémoptysies assez abondantes. M. Lisfranc a craint, par les petites saignées, de congestionner la poitrine.

Le second cas est plus intéressant, c'est une femme âgée de trente ans, couchée au numéro 31 de la salle Saint-Augustin ; il y a quatre ans, elle fut soumise à l'amputation du col utérin ; guérison. Au bout de trois années, récidive. L'ulcération offre alors tous les caractères du cancer; sa constitution est considérablement détériorée ; elle entre de nouveau à la Pitié. M. Lisfranc pratique de fortes cautérisations avec le nitrate acide liquide de mercure ; une amélioration des plus remarquables s'ensuit ; la malade ne souffre plus, elle se croit guérie, et malgré les instances du chirurgien, elle veut sortir de l'hôpital. Elle a passé ainsi plus de trois mois à la campagne, sans être soumise à aucun soin : bientôt les douleurs et les accidents l'ont obligée à rentrer à la Pitié. On a trouvé alors l'ulcère considérablement agrandi et ayant pris un mauvais caractère ; à la suite de six fortes cautérisations avec le nitrate acide liquide de mercure pratiquées par M. Lisfranc, l'ulcère s'est rétréci de nouveau et a présenté ensuite les caractères de l'ulcère simple ; enfin deux nouvelles cautérisations légères avec le même moyen ont amené la guérison complète.

Les désordres étaient tels chez cette malade, que si le col de l'utérus n'avait pas été coupé si loin, s'il avait été permis de l'amputer de nouveau, M. Lisfranc l'aurait fait. Cet habile praticien possède du reste de nombreuses observations qui constatent que des ulcérations profondes siégeant sur le col utérin qu'on ne pouvait pas amputer, ont été guéries par de fortes applications de nitrate acide liquide de mercure ; mais il ne s'agissait que d'ulcérations et non de végétations; avec les végétations il eût fallu le feu.

Rhumatisme articulaire aigu guéri en dix jours par le sulfate de quinine à haute dose. Le traitement du rhumatisme aigu par

le sulfate de quinine à haute dose a fait grand bruit en 1843. Nous avons publié, dans ce journal, le Mémoire de M. Briquet (tome XXIII, page 328). Les faits que nous avons observés à cette époque dans le service de cet honorable médecin, à l'hôpital Cochin, n'ont laissé dans notre esprit aucun doute sur la puissante efficacité de ce moyen dans un grand nombre de cas. Néanmoins quelques accidents graves occasionnés par l'exagération des doses, et que nous n'avons pas dû passer sous silence, pas plus que les autres organes de la presse médicale, ont porté un coup terrible à cette méthode qui n'était pas encore fixée suffisamment, quant à ses indications et à ses contre-indications, pour être généralisée. Nous savons, du reste, que M. Briquet continue à appliquer le sulfate de quinine, mais à doses plus faibles qu'autrefois, et qu'il s'applaudit toujours de ses effets curatifs dans le rhumatisme aigu. Ce médicament possède une action déprimante énergique sur la circulation. M. le professeur Fouquier, dans son service de clinique à l'hôpital de la Charité, emploie assez fréquemment le sulfate de quinine à hautes doses dans les rhumatismes aigus intenses. Il préfère ce traitement, dans la plupart des cas, aux saignées répétées, qui ont l'inconvénient, en affaiblissant les malades, de les rendre plus susceptibles. Mais il pense que cette méthode doit être surtout réservée pour les cas où les malades éprouvent des sueurs abondantes qui excluent le traitement diaphorétique. Ajoutons que M. Fouquier a observé qu'une ou deux saignées, pratiquées avant l'administration du sulfate de quinine, en assurent mieux l'efficacité. — Voici un exemple de ce traitement suivi par ce professeur. Un jeune homme de vingt-cinq ans est entré à la salle Saint-Charles, à la Charité, pour un rhumatisme articulaire aigu, datant de deux jours. Les douleurs occupaient à la fois les genoux, les poignets, les coudes et les épaules. Les poignets étaient légèrement gonflés et rouges; les douleurs étaient accompagnées d'une fièvre assez intense; le pouls était plein, fort, et donnait cent pulsations. Le début de la maladie avait été marqué par des frissons qui ont précédé les douleurs et qui ne se sont pas reproduits depuis. La fièvre était continue, sans rémittence sensible, et accompagnée de sueurs abondantes. Le jour de l'entrée, on pratique une saignée de trois cents grammes; elle est répétée le lendemain, le pouls a un peu baissé après cette seconde saignée, il n'est qu'à 96 pulsations; mais les douleurs persistent. On administre le soir un gramme de sulfate de quinine. — Le troisième jour, rien de changé; on donne 2 grammes de sulfate. — Le quatrième jour, diminution notable des douleurs; pouls à 76: 2 grammes sulfate de quinine. — Le cinquième jour, pouls à 60 pulsations; douleurs décroissantes: sulfate de quinine 2 grammes 50

centig. — Le sixième jour, les douleurs ne se font plus sentir qu'aux épaules. On diminue la dose : sulfate de quinine 1 gramme. — Le septième jour, les douleurs ont complétement cessé. On continue encore le sulfate de quinine pendant trois jours. La dernière dose, prise le dixième jour, a été de 25 centigrammes; le malade était guéri.

Emploi du tartre stibié dans l'hydarthrose du genou. — Nous avons déjà parlé plusieurs fois du traitement de l'hydarthrose par le tartre stibié à l'intérieur. M. le docteur Gimelle, qui le premier a préconisé ce moyen et en a obtenu d'excellents résultats à l'hôpital du Gros-Caillou, a publié dans ce recueil un excellent article sur la matière (tome XXII, page 215). Cette médication interne est encore peu usitée, malgré les avantages qu'elle peut avoir. Il nous paraît donc utile, par la publication d'un fait que nous avons observé dans le service de M. Rayer, à l'hôpital de la Charité, de la rappeler à nos lecteurs, qui pourront y avoir recours avant l'emploi des moyens locaux, ou bien dans l'insuffisance de ceux-ci. — Un malade, couché au n° 17 de la salle Saint-Michel, porte, depuis six ans, une hydarthrose chronique considérable du genou droit, survenue à la suite d'attaques de rhumatisme, auxquelles il est fort sujet. L'affection, sauf quelques variations dans le volume de l'épanchement, a opiniâtrément résisté à tous les moyens qui ont été employés, saignées générales et locales, vésicatoires, purgatifs, sulfate de quinine à haute dose, bains de vapeur, etc. — On a essayé de nouveau les vésicatoires, mais sans aucun avantage ; le malade dit même qu'ils n'ont fait qu'exaspérer ses souffrances, et que, toutes les fois qu'on lui en a appliqué, ils ont eu le même résultat sans jamais diminuer l'épanchement. M. Rayer s'est déterminé à administrer le tartre stibié. Il l'a fait prendre, à trois grains par jour, dans une potion additionnée de sirop diacode pour prévenir les vomissements. Dans l'espace de trois jours, l'épanchement s'est presque entièrement dissipé, et les douleurs se sont notablement amoindries. Ce résultat a été obtenu sans qu'il y ait eu de vomissements ni de selles. — C'est là un exemple remarquable de l'action dynamique particulière que le tartre stibié, même à cette faible dose, semble exercer sur les épanchements anciens.

Emploi de la pommade de Gondret dans l'amaurose. — Au numéro 26 de la salle Saint-Louis, à la Pitié, nous venons de voir une nouvelle preuve des avantages que M. Lisfranc retire de la pommade de Gondret. Le malade est un boulanger ; l'amaurose date de cinq

ans ; quand il est entré à l'hôpital, il n'y voyait pas pour se conduire. La pommade de Gondret a été appliquée et continuée avec persévérance et intelligence pendant trois mois ; aujourd'hui le malade voit parfaitement bien pour se conduire, distingue les doigts qu'on lui présente, les compte. Ce résultat, quoique non complet, est fort satisfaisant ; cette amaurose existait avec dilatation de la pupille. M. Lisfranc a remarqué que la pommade de Gondret réussissait mieux quand cette dilatation existait.

Hémorrhagie stomacale suppléant l'absence des règles. — Les hémorrhagies supplémentaires des règles ne sont pas extrêmement rares, nous en avons rapporté des exemples des plus extraordinaires ; nous nous bornons aujourd'hui à mentionner le cas suivant, qui a été observé au numéro 51 de la salle Sainte-Geneviève, à la Pitié, service de M. Piorry. Cette malade est une couturière âgée de vingt-huit ans, qui a toujours joui d'une bonne santé, quoiqu'elle n'ait jamais eu ses règles. A vingt-six ans, pour la première fois, elle ressentit à l'hypogastre et dans les reins de la pesanteur, des fourmillements, des vertiges, des éblouissements, des tintements d'oreilles, tous les signes en un mot de la pléthore suivirent, et pour la première fois elle vomit du sang. Depuis ce temps elle rejette régulièrement tous les mois un demi-litre environ de sang, et cela à la même époque ; elle éprouve un sentiment d'oppression très-forte à l'épigastre, qui la réveille tout à coup, et le vomissement de sang arrive sans effort, sans toux : la quantité de sang rejetée chaque jour est d'à peu près un demi-verre. Quand la malade trouve à sa portée de l'eau froide, elle en boit, et aussitôt l'hémorrhagie s'arrête. Cette femme n'éprouve aucun trouble de la digestion ni de la respiration ; dès qu'elle a vomi elle est prise d'une faim très-vive qu'elle satisfait avec plaisir ; les poumons sont parfaitement sains. Jamais chez cette fille une goutte de sang n'a paru venir de l'utérus, le toucher a montré le col de la matrice très-petit, et son ouverture examinée au spéculum a été trouvée fort étroite ; la percussion et le toucher ont fait constater l'atrophie du corps de la matrice. — Que résultera-t-il de cet état? la gastrorrhagie périodique persistera-t-elle? Chaque mois, pour qu'elle ne dure que quatre ou cinq jours, on est obligé de pratiquer à la malade d'abondantes saignées : ce traitement est loin d'être inoffensif.

Bromure de potassium employé dans les affections syphilitiques. — Nous avons dit que M. Ricord avait commencé, depuis quelques semaines, à expérimenter le bromure de potassium qui a chimiquement

tant de rapports avec l'iodure de la même base, dans les cas où ce dernier est un véritable spécifique, les accidents tertiaires syphilitiques. Une douzaine de malades sont soumis en ce moment au bromure de potassium dans les salles de M. Ricord, à l'hôpital des Vénériens. Les résultats généraux sont avantageux. Il ne s'est pas encore écoulé assez de temps pour qu'on puisse rien donner de définitif; mais ce que l'on peut dire avec certitude, dès aujourd'hui, c'est que le bromure, administré aux mêmes doses et de la même manière que l'iodure, a produit les mêmes effets, mais seulement avec plus de lenteur chez un certain nombre de malades. Nous avons surtout remarqué un homme de trente-deux ans, couché au n° 8 de la salle 3, qui a été aux trois quarts guéri, en vingt-cinq jours, d'accidents tertiaires graves. Il portait sur le tibia droit une hypcrostose très-étendue, qui a considérablement diminué, et de plus un sarcocèle syphilitique fibreux qui, depuis le traitement, a perdu les deux tiers de son volume. Aucune médication n'avait été employée avant l'entrée du malade, et à l'hôpital il n'a pris pour tout remède que le bromure de potassium.

L'on sait le prix excessif auquel l'iode est dans le commerce. Chacun s'ingère à trouver des moyens, des procédés pour le retirer des bains iodurés qui ont déjà servi, on va jusqu'à le chercher et à le reprendre dans l'urine des malades qui ont été soumis à ces préparations. Le bromure de potassium serait, dans les circonstances ordinaires, au moins aussi cher que l'iodure; mais il y en a une grande masse sans emploi dans ce moment dans le commerce, à cause de la quantité d'iodure de potassium qui a été préparée, et des approvisionnements qui avaient été faits à cause du daguerréotype. De sorte que si, comme on peut l'espérer par ces premiers essais, le bromure a une efficacité à peu près équivalente à celle de l'iodure, on pourra l'utiliser dans les hôpitaux, et s'en servir en ville chez les malades peu aisés qui ne pourraient supporter la dépense de l'iodure dont la puissance n'a plus besoin de preuves.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ABCÈS INTRA-PELVIEN (*Ouverture artificielle par le rectum d'un*). Tous les chirurgiens savent la gravité qui s'attache au développement d'abcès à l'intérieur du bassin; ces abcès, lorsqu'ils siègent dans l'excavation pelvienne, peuvent faire saillie dans le vagin, plus rarement dans le rectum; aussi lira-t-on avec intérêt le procédé que l'art a mis en usage pour donner issue à la matière purulente dans un cas de ce genre.

Il s'agit d'une femme chez laquelle, à la suite de violentes douleurs dans la région lombo-sacrée, avec fièvre et sensibilité des plus vives de l'hypo-

gastre à la pression, le docteur Compérat constata, au moyen du toucher pratiqué par le rectum, une tumeur fluctuante faisant saillie à la partie postérieure droite de l'intestin : comme la tumeur était située assez haut pour que le doigt indicateur, introduit dans toute sa longueur, l'atteignît difficilement, plusieurs médecins, appelés en consultation, furent d'avis d'attendre que la saillie formée par la tumeur devînt plus considérable; ce résultat une fois obtenu, et la fluctuation étant on ne peut plus manifeste, M. Amussat procéda à l'ouverture du foyer de la manière suivante : la malade étant couchée sur le bord du lit, les jambes et les cuisses fléchies et écartées, l'opérateur, après avoir introduit le doigt indicateur dans le rectum, jusque sur le point le plus déclive de la tumeur, fit glisser, sur la face palmaire de ce doigt, la pointe d'une paire de ciseaux très-aigus, analogues à ceux qui font partie des boîtes de dissection, sauf que la surface externe des lames était arrondie et les lames beaucoup plus longues: une ponction fut pratiquée en ce point, après quoi les deux branches furent écartées, avec quelque effort, l'une de l'autre, de manière à agrandir l'ouverture faite en déchirant la partie plutôt qu'en la divisant. Les ciseaux enlevés, on les remplaça par une sonde à lithotritie dont on conduisit le bec jusque dans la plaie, à l'aide du doigt laissé dans le rectum ; un aide comprimait fortement la paroi abdominale : aussitôt il s'écoula plein une soucoupe ordinaire environ d'un pus de bonne nature à peine sanguinolent. Par la sonde on fit, jusque dans le foyer, une injection d'eau tiède, poussée avec beaucoup de ménagement. Après l'opération, on soumit la malade à l'administration de douches ascendantes d'eau tiède, par le rectum, qui facilitèrent l'issue de la matière purulente en l'entraînant à mesure qu'elle se présentait à l'orifice du foyer. Le lendemain, l'ouverture de l'abcès s'étant beaucoup rétrécie, M. Amussat l'agrandit au moyen de ciseaux, cette fois beaucoup plus longs et plus forts que les précédents, et dont les bords présentent, à quelque distance de la pointe, une encoche quadrillée de cinq ou six lignes d'étendue, qui donne à l'instrument une forme lancéolée; cette disposition a pour but, en engageant les bords de l'ouverture dans ces deux échancrures, d'empêcher les ciseaux, une fois introduits, de revenir sur eux-mêmes et d'abandonner la plaie dans les efforts nécessaires à son agrandissement. Pour maintenir l'ouverture de l'abcès au degré déterminé, cette seconde fois on y introduisit, de temps à autre, un brise-pierre ordinaire, qui, par l'écartement de ses branches, remplit l'office d'un excellent dilatateur.

La malade qui fut soumise à cette opération fut parfaitement guérie au bout de deux mois et demi de traitement. (*Revue médicale*, février 1846.)

ACÉTATE D'AMMONIAQUE (*Sur l'action thérapeutique de l'*). M. le docteur E. Carrière, qui a déjà publié un bon travail sur ce sujet, appelle de nouveau l'attention des praticiens sur l'action thérapeutique de l'acétate d'ammoniaque. Des faits de pratique intéressants et suffisamment nombreux, lui font admettre que l'acétate d'ammoniaque n'est pas seulement un stimulant diffusible, mais encore et surtout un puissant antispasmodique. A haute dose, il est stimulant diffusible; à petite dose, il est antispasmodique. Du reste, ses qualités antispasmodiques expliquent ses qualités diffusibles et diaphorétiques; car, s'il agit en distribuant les forces nerveuses du centre à la périphérie, ou d'une partie du corps vers toutes les autres, il doit agir finalement sur les capillaires ou les surfaces dermiques, de manière à leur communiquer une plus grande activité.

L'acétate d'ammoniaque devra être employé, selon M. Carrière, toutes les fois qu'il y aura accumulation exagérée de fluide nerveux sur un organe, parce que, sous son influence, l'innervation peut être ramenée aux conditions physiologiques de son équilibre normal. Les faits rapportés par l'auteur sont surtout relatifs à des suppressions menstruelles, avec prédominance nerveuse, soit sur l'utérus, soit sur les ovaires, simulant quelquefois des maladies organiques graves, et ayant résisté à des traitements énergiques et variés, dont les narcotiques faisaient surtout la base. L'acétate d'ammoniaque, à dose sédative, c'est-à-dire à la dose de 40 gouttes, à peu près, a suffi pour calmer les symptômes qui persistaient quelquefois depuis longtemps, au grand détriment des forces

des malades, et pour ramener l'écoulement périodique. (*Annales médico-psychologiques*, mars 1846.).

ACONIT NAPEL (*sur l'action physiologique et thérapeutique de l'*). Un médecin anglais, M. le docteur Fleming, s'est livré à des expériences sur les animaux et à des essais thérapeutiques pour apprécier l'action de l'aconit. Il a employé la teinture d'aconit et il a traité successivement plusieurs cas de névralgie, de rhumatisme et même d'érysipèle. Les résultats ont été les suivants : sur quarante-quatre névralgies, dont trente ont été traitées par lui-même, dix-sept ont été guéries radicalement ; dans les treize autres, le soulagement n'a été que momentané. Sur quarante cas de douleurs dentaires qu'il a traitées, soit en frictionnant les gencives avec quelques gouttes de teinture, soit en introduisant dans la carie de la dent un morceau de coton imbibé d'une goutte ou deux de cette teinture, dix-sept fois la guérison a été immédiate, six fois il n'y eut qu'un soulagement momentané, et dans sept cas ce moyen manqua totalement. Sur quinze cas de migraine, dix furent traités avec succès.

Les recherches de M. Fleming sur le traitement du rhumatisme par le moyen de l'aconit présentent beaucoup plus d'intérêt que les recherches précédentes. On sait que Storck est le premier qui ait recommandé cet agent thérapeutique, et que depuis il a été employé avec succès par beaucoup de médecins de l'Allemagne et de la Suisse : sur vingt-deux cas qui ont été traités de cette manière, tous ont guéri dans un intervalle moyen de cinq à six jours ; dans trois cas, la guérison a été complète dans deux jours ; dans un cas, au bout de trois jours ; et dans six, au bout de quatre jours. Cependant l'auteur ajoute que la durée totale du traitement a été de deux à trois semaines. Le soulagement qui suit l'administration de l'aconit est souvent extrêmement rapide ; et, une heure après l'ingestion de la première dose, les douleurs sont déjà moindres ; tandis que, dans d'autres cas, on n'obtient les mêmes effets qu'au bout de quelques heures. M. Fleming n'a pas obtenu des effets moins satisfaisants de l'aconit dans le traitement du rhumatisme chronique (du lumbago, par exemple) et de l'érysipèle des membres.

Les doses varient, suivant qu'on veut obtenir un effet calmant ou antiphlogistique : dans le premier cas, on donne cinq gouttes de teinture trois fois par jour, et on augmente chaque jour la prise d'une goutte, jusqu'à ce que l'on voie paraître les effets physiologiques qui appartiennent au deuxième degré de l'intoxication ; dans le deuxième cas, on administre également cinq gouttes de teinture, que l'on répète toutes les quatre heures, de manière à arriver également au deuxième degré de l'intoxication. On soutient cet effet sédatif en donnant deux gouttes et demie de teinture toutes les trois ou quatre heures, suivant l'effet qui a été produit. L'auteur ajoute que, dans cette circonstance, il est absolument nécessaire de voir le malade et de lui tâter le pouls avant de lui donner une nouvelle dose du médicament. Pour l'usage externe il emploie également la teinture à la dose d'une ou plusieurs drachmes, en frictions trois fois par jour. (*British and foreign med. review*, et *archives de médec.*, janvier 1844.)

ALCALINS (*de l'abus des médicaments*). Nous empruntons à une note de M. le professeur Trousseau des considérations fort judicieuses sur l'abus des médicaments alcalins.

Les alcalins exercent sur l'économie une influence immense. Le sang est naturellement alcalin. Si vous supposez que par l'usage des alcalins vous augmentez l'alcalinité du sang, il arrivera à la fin un état spécial du sang, un état tout nouveau des sécrétions. Ce sont là des effets chimiques nécessaires. Il ne peut donc jamais être indifférent de donner des alcalins. Pris sans indication, peu de jours, ils ne causent en somme qu'un trouble momentané ; pris en grande quantité, ils causent une cachexie, un amaigrissement déplorable. Depuis quelques années, l'abus que l'on a fait des eaux de Vichy et de Carlsbad, dans le traitement de la goutte, a permis de juger cette grave question, et l'abus des alcalins a certes causé plus de mal que l'abus de l'iode.

Certes, on tempère les accès de goutte en prenant, avec quelque persévérance, les eaux d'Ems, de Carlsbad ou de Vichy ; plus souvent encore, avec les mêmes remèdes, on empêche les graviers d'acide urique de se former dans les reins ; mais,

éteindre les manifestations goutteuses, ce n'est pas guérir la goutte, pas plus que l'on ne guérit la vérole en faisant disparaître par des topiques les éruptions cutanées syphilitiques. La diathèse persiste à tel point que, sans s'exposer à d'autres influences hygiéniques que le reste des hommes, le goutteux reprendra des accès de goutte. C'est avoir beaucoup fait que de rendre les accès plus rares et moins aigus; mais si l'on veut détruire même la diathèse, comme le veulent certains médecins peu intelligents, il devient nécessaire de fouiller le fond de la constitution, et l'abus des alcalins amène alors la cachexie dont nous parlions tout à l'heure, maladie bien plus grave, et surtout bien plus irremédiable que la goutte ou la gravelle.

Dans le traitement des maladies du foie, où les alcalins sont si utiles, il faut savoir s'arrêter dans leur administration, dès que l'engorgement est en voie de résolution, sans s'attacher à poursuivre le mal qui désormais doit se guérir sans vous. C'est pour n'avoir pas tenu compte des propriétés départies par la nature à nos tissus, que tant de médecins insistent trop longtemps sur les alcalins dans les maladies du foie. Tel malade éprouve un peu de mieux à son retour de Vichy, d'Ems ou de Carlsbad; sa santé se rétablit pendant l'hiver. Il croit, pour prévenir le retour du mal, devoir, l'été suivant, prendre de nouveau les eaux, et ainsi faire plusieurs années de suite; mais au lieu du bien-être qu'il avait d'abord trouvé, il ne rapporte désormais que du malaise et quelquefois de graves accidents; et au lieu d'accuser l'opiniâtreté du mal, il ne doit accuser que son aveugle entêtement dans l'emploi du remède, alors qu'il n'en avait plus besoin. Comment les médecins ne voient-ils pas qu'un remède puissant pour guérir est nécessairement puissant pour faire du mal? On donne les alcalins avec une légèreté singulière. Un médecin prescrira à un malade un ou deux mois d'eau de Vichy, de Carlsbad ou d'Ems, comme il conseillerait l'usage d'une tisane d'orge ou de bourrache: mais est-il donc si indifférent de changer, d'un seul coup, toutes les sécrétions du corps?

Le danger des alcalins est plus grave que celui des mercuriaux, en ce sens que l'on soupçonne moins ce danger, et que l'on ne s'arrête que lorsque la santé est déjà irréparablement détruite; tandis que l'expérience a appris, déjà depuis trois siècles, que le mercure ne pouvait être impunément donné pendant longtemps. Il importe donc de proclamer bien haut et l'immense utilité des alcalins, et leur extrême danger. (*Journal de médecine*, mars 1846.)

ANÉVRYSME POPLITÉ *grave guéri par la galvano-puncture artérielle.* Nous avons signalé déjà la nouvelle méthode de M. Pétrequin pour guérir certains anévrysmes, sans opération sanglante. (V. t. 29, page 563.) Ce chirurgien distingué publie un second Mémoire sur ce sujet, pour répondre à quelques objections qui lui ont été faites; mais la pièce la plus saillante de ce travail, c'est l'observation que M. le docteur Ciniselli, chirurgien de l'hôpital de Crémone, a publiée dans la *Gazette médicale* de Milan, février 1846. En voici l'analyse.—*Obs.* En janvier 1846, fut admis dans l'hôpital de Crémone un homme de soixante-dix ans, qui portait un anévrysme poplité, du volume d'un gros œuf d'oie, qui rendait la marche difficile et douloureuse. La tumeur occupait toute la région poplitée; les battements y étaient forts en tous sens; elle se flétrissait par la compression de l'artère. L'indocilité du malade ayant forcé M. Ciniselli à renoncer à la compression graduée de la tumeur, seul traitement qui fût applicable, vu l'âge et les conditions physiques du malade, ce chirurgien voulut tenter la méthode de M. Pétrequin. Le 22 janvier, le malade étant couché sur le flanc droit, et le compresseur placé au haut de la cuisse, il fit pénétrer dans la tumeur, à 35 ou 40 millimètres, quatre aiguilles d'acier très-fines, d'une longueur de 56 millimètres. Il en disposa deux en dedans, sur une ligne verticale, à une distance de 22 millimètres, avec le soin d'éviter les troncs et les branches des deux saphènes, et il les piqua obliquement de haut en bas; il fit pénétrer les deux autres en dehors, sur une ligne parallèle à la première, et à égale distance entre elles, mais un peu plus bas et dans une direction opposée, de manière que, dans la tumeur, elles se croisaient sans se toucher. Cela fait, il serra le compresseur sur la crurale, mais seulement assez pour empêcher les battements artériels; sans flétrir la

tumeur ; il crut cette précaution nécessaire pour former un caillot plus volumineux et faciliter le succès de l'opération. Il approcha alors une pile à colonnes, préparée à l'instant même, composée de vingt-un couples de lames carrées, en cuivre et zinc, de 93 millimètres de côté ; on employa pour conducteur humide la couche ordinaire d'étoffe, imbibée d'une solution saturée de sel commun. Au moyen de deux fils d'argent d'un demi-millimètre de diamètre, tenus avec les doigts nus, mais bien secs, le courant électrique fut bientôt mis en action à travers deux épingles ; mais, comme il paraissait trop faible, après trois minutes, on éleva à trente le nombre des couples, et l'action de l'électricité fut continuée ainsi pendant vingt-cinq minutes. Avec chacun des pôles, on touchait une seule aiguille à la fois ; mais, toutes les deux ou trois minutes, on changeait le contact d'un ou des deux pôles, et chacune des deux aiguilles fut touchée successivement par les deux pôles, de manière que le courant fut dirigé en tous sens, dans le but d'obtenir dans la tumeur des filaments fibrineux qui interrompissent les mouvements de l'ondée sanguine, et en favorisassent la coagulation. Chaque nouveau contact des pôles avec les épingles occasionnait d'abord de la cuisson dans la tumeur, puis des contractions dans les muscles du mollet, et une sorte de secousse sous la plante des pieds. Aussi le malade fut-il très-agité, fit-il sans cesse remuer le compresseur, et souvent reparaître les battements dans la tumeur, en enlevant ainsi le peu d'espoir que l'on avait dans la réussite. On enleva les aiguilles, qui opposèrent quelque résistance, à cause de leur oxydation, et, bien que le compresseur agît encore assez fortement pour empêcher toute pulsation dans la tumeur, on enveloppa celle-ci dans une vessie remplie de glace, qui fut continuée pendant six heures, au bout desquelles l'anévrysme offrit des pulsations comme auparavant ; le chirurgien crut que l'opération n'aurait aucun effet. Le 23 au matin, les battements se maintenaient avec la même force ; M. Ciniselli remarqua pourtant qu'en comprimant la crurale, la tumeur ne se flétrissait plus comme auparavant, et qu'elle diminuait peu de volume. A midi, vingt-quatre heures après la galvano-puncture, il n'y avait plus de battements ; l'opéré sortit même de son lit, et fit quelques pas dans la chambre, mais en ressentant encore un léger engourdissement dans la jambe. Les jours suivants, la tumeur diminua peu à peu de volume, et devint plus dense ; les dépressions latérales du genou se dessinèrent, l'engourdissement disparut, l'extension de la jambe put être complète ; la marche devint libre, et il ne resta qu'un léger sentiment de pesanteur au pied, qu'on pouvait attribuer au tiraillement du nerf poplité interne. Le 29 janvier, le sieur C., très-content de sa guérison inespérée, ne put plus être retenu à l'hôpital.

L'importance de ce fait n'a pas besoin de commentaires ; on doit désirer que la galvano-puncture soit expérimentée dans la cure des anévrysmes, avant de recourir à aucun autre moyen ; car son emploi ne peut présenter aucun danger, aucun inconvénient, et peut éviter une opération sanglante, dangereuse.

APPAREIL A EXTENSION PERMANENTE (*Cas de gangrène produite par l'*). En recueillant le fait suivant que nous trouvons consigné dans les Archives médicales de Marseille, nous avons pensé que les praticiens y verraient un enseignement utile : non pas que beaucoup d'autres observations semblables n'aient déjà été faites, mais en général, disons-le, on est trop porté à les oublier. — Un homme entré à l'Hôtel-Dieu de cette ville pour une fracture très-oblique du fémur, fut soumis à l'appareil extenseur de Boyer : appliqué le 7 février, il fut rétabli le 10. — Le 12 les pièces d'appareil étant salies, le chirurgien voulut les renouveler : on défit les bandes qui entouraient le pied et la jambe, et l'on trouva de nombreuses eschares sur la partie. — La gangrène s'étendit de proche en proche, et l'amputation devint indispensable. L'auteur fait remarquer qu'on avait eu soin de disposer des cardes de coton en regard des points sur lesquels portaient les liens constricteurs.

On ne perdra pas de vue que le blessé ne demanda pas le changement de son appareil, et on en conclura que la douleur que les partisans des appareils inamovibles regardent comme étant un indice qui éclaire le chirurgien, est du moins un indice très-incertain. — Nous

l'avons dit ailleurs, ce serait s'exposer à d'étranges mécomptes que de s'en fier aux plaintes des malades dans l'appréciation du degré de conservation de ces appareils ; la sensibilité est trop sujette à varier d'individu à individu, pour que ce soit là une indication bien sérieuse pour le chirurgien. (*Arch. méd. du Midi*, févr. 1846.)

BILE (*Procédé pour reconnaître la présence de la*). M. Platner, professeur particulier à Heidelberg, s'est livré à des recherches intéressantes sur la bile et le rôle qu'elle joue dans la digestion. Suivant ce chimiste, la soude unie à un acide spécial, qu'il appelle *acide bilique*, constitue la partie fondamentale du liquide bilieux, qui est conséquemment un *bilale de soude*. L'auteur montre ensuite que le picromel, la biline de Berzelius, les acides choloïdinique, cholique, cholinique, la dislizine, ainsi que d'autres substances indiquées dans la bile par les auteurs, sont des corps engendrés par les méthodes d'analyse et ne sont tous que le résultat d'une destruction plus ou moins complète du bilale de soude.

Depuis longtemps on savait qu'il suffit d'ajouter de l'acide nitreux à la bile ou à un liquide qui en contient pour voir apparaître successivement les colorations *verte*, *bleue* et *rouge*, qui sont caractéristiques pour indiquer la présence de la matière colorante de la bile. Le procédé adopté par M. Platner serait infiniment préférable, en ce qu'il dénote spécialement la présence de l'acide *bilique*. Il consiste à ajouter une dissolution concentrée de sucre de canne au liquide qu'on suppose contenir de la bile, puis à verser peu à peu dans ce mélange de l'acide sulfurique concentré. Les premières gouttes produisent un trouble blanchâtre, puis, en continuant, on voit se manifester une belle couleur violette assez persistante, qui est l'indice qu'il existe de l'acide bilique.

CHEILOPLASTIE (*pratiquée avec succès suivant la méthode française ou de déplacement*). Si l'autoplastie a rendu d'éminents services depuis les beaux travaux des Serre, Lisfranc, Jobert, Blandin, etc., etc., il faut reconnaître que c'est principalement dans les maladies cancéreuses de la face ; voici encore un fait qui prouve jusqu'à quel point l'art peut intervenir avec succès, et qui établit la supériorité de la méthode française ou de déplacement. Un homme portait un cancer de la lèvre supérieure qui avait débuté il y a vingt-cinq ans et contre lequel plusieurs applications de divers caustiques avaient été faites sans succès. La tumeur bosselée, très-dure, du volume d'une grosse noix, occupait toute la moitié droite de la lèvre supérieure. Jusqu'à la commissure, la lèvre soulevée par cette tumeur était projetée en avant et laissait les dents à découvert. La membrane muqueuse paraît saine, excepté sur le bord libre de la lèvre où existent plusieurs petites ulcérations. Le 25 février 1845, le docteur Cade, de Bourg-Saint-Andéol (Ardèche), procéda à l'opération de la manière suivante : après avoir chargé un aide de comprimer l'artère faciale à son passage sur la face externe du maxillaire, il cerna la tumeur par trois incisions qui, réunies au bord libre, représentèrent assez bien un losange : l'opérateur disséqua ensuite la tumeur en ayant soin de conserver la membrane muqueuse dont il la sépara à petits coups de scalpel, celle-ci se trouvant être saine.

Ce qui engagea surtout à conserver la membrane muqueuse, ce fut le triple but d'augmenter la surface des points d'adhérence du lambeau, et de bâtir de la sorte sa réunion immédiate. Il pratiqua ensuite sur la joue deux incisions obliques, de manière à obtenir un lambeau losangique un tiers plus grand que le tissu qu'il est destiné à remplacer. La dissection de ce lambeau exigea la plus grande attention de la part du chirurgien pour ne pas blesser le conduit de Sténon : conformément aux préceptes donnés par M. le professeur Serre, de Montpellier, l'opérateur, après avoir abstergé la plaie, la laissa un quart d'heure environ exposée au contact de l'air, et attendit qu'elle laissât suinter quelques gouttes de sérosité, pour transplanter par glissement le lambeau sur la perte de substance. Huit points de suture entortillée maintinrent les parties convenablement en rapport. Les suites de l'opération furent d'abord fâcheuses ; pendant quarante-huit heures il y eut une réaction fébrile locale et générale tellement intense, qu'elle nécessita deux saignées et une application de sangsues au-devant de l'oreille droite. Grâce à cette énergique médication, ces accidents cessèrent bien-

tôt, et dès le quatorzième jour le malade put ajouter aux potages qu'il prenait une alimentation plus solide. Trois jours plus tard l'opéré retournait chez lui parfaitement guéri. (*Journ. de la Société de méd. prat. de Montpellier*, février 1846.)

CHLOROSE (*De la*) *des adultes*. M. le docteur Blaud, de Beaucaire, à qui la thérapeutique est redevable de précieuses acquisitions, et notamment sur la maladie dont il est question dans cet article, appelle l'attention des praticiens sur l'affection chlorotique qui n'atteindrait pas seulement les jeunes filles pubères, mais encore les adultes, avec tous ses caractères, ses causes, sa nature, et qui exige ici, comme là, le traitement en quelque sorte spécifique qui lui est particulier. C'est, dit-il, pour avoir méconnu cette vérité, que beaucoup de praticiens ont pris cette affection, chez les adultes, pour des lésions organiques diverses, qui n'avaient aucune réalité, lésions du foie, de la rate, du cœur, etc.

La chlorose des adultes atteint indifféremment les individus de l'un et de l'autre sexe; tous les âges y sont également prédisposés, et elle se manifeste dans toutes les conditions de la vie sociale. Quant à sa cause prochaine, l'altération du sang, qui est presque entièrement décoloré, où la sérosité prédomine, la faiblesse générale, la langueur de toutes les fonctions, qui ne trouvent plus dans ce fluide un excitant assez actif, tout semble démontrer qu'elle réside dans l'altération de la fonction hématosique.

Quoi qu'il en soit, la maladie se manifeste par les symptômes de la chlorose des jeunes filles, tels que la couleur jaune verdâtre de la peau, les conjonctives conservant leur blancheur normale, l'oppression pendant la locomotion, le bruit de souffle sur le trajet des carotides, etc; mais avec des modifications qu'il nous semble important de signaler.

La couleur cutanée est plutôt grisâtre, terreuse, que jaunâtre, à cause de la rudesse de la peau et des rides qui y existent, surtout à la face; les palpitations sont plus intenses, et il y a de plus un malaise profond, insupportable, désespérant, souvent avec penchant au suicide, ce qui peut-être constitue le *spleen* des Anglais, et une hémorrhagie anale plus ou moins abondante, qui survient à des intervalles irréguliers.

Alors se manifestent une langueur générale, le trouble de la fonction digestive, la perte de l'appétit, l'infiltration des membres inférieurs, et si la maladie est abandonnée à elle-même, il se forme un épanchement séreux dans l'abdomen, par atonie de l'absorption lymphatique.

Telle est la marche de l'affection chlorotique des adultes, qui, malgré sa gravité, ne résiste jamais aux secours de l'art, lorsqu'ils sont employés à temps, comme le prouvent les observations rapportées par M. Blaud, parmi lesquelles nous choisirons la suivante.

Un agriculteur, âgé de soixante ans, était chlorotique depuis cinq ans. Lorsqu'il vint consulter M. Blaud, sa face était pâle, comme bouffie; il éprouvait une grande faiblesse générale, des palpitations de cœur, et une dyspnée très-prononcée pendant la locomotion, un bruit de souffle fort incommode dans les oreilles et dans la tête, et, par intervalles, une hémorrhagie anale assez abondante et dont le sang était décoloré. Les membres inférieurs étaient frappés d'œdématie, et le malade était tourmenté par un malaise profond, qui lui rendait l'existence insupportable.

Bien des traitements avaient été employés, mais sans aucun succès. M. Blaud prescrivit ses pilules antichlorotiques, et dès le sixième jour il y eut une amélioration sensible. Le vingtième jour la guérison fut complète; tous les symptômes, jusqu'à l'hémorrhagie adynamique, avaient disparu.

De faits analogues, au nombre de huit, M. Blaud conclut que la chlorose idiopathique peut affecter l'un et l'autre sexe; que tous les âges peuvent en être atteints; qu'elle se manifeste, chez les adultes, par des symptômes particuliers qui peuvent la faire confondre avec des lésions organiques graves; enfin que, quelle que soit son intensité, elle ne résiste pas à ses pilules antichlorotiques. (*Revue médicale*, janvier 1846.)

COQUELUCHE (*Emploi du musc contre la*). M. le docteur Lefèvre, de Saint-Pétersbourg, dit que le musc a une grande efficacité contre la coqueluche dans les climats septentrionaux. A Saint-Pétersbourg, on ne peut envoyer les petits malades à la campagne que pendant un bien court

espace de temps, ce qui fait que la coqueluche est d'une très-longue durée dans cette ville. Lorsque la période febrile de la coqueluche est passée, c'est-à-dire vers la fin du troisième septénaire, on peut diminuer les accidents de cette affection. M. Lefèvre a observé d'excellents effets, tant dans sa pratique que dans celle de ses confrères, de l'administration de 5 centigrammes de musc répétée trois ou quatre fois par jour. Les quintes de toux les plus violentes se modèrent très-notablement en peu de jours. M. Lefèvre pense que si l'on est appelé au début de la maladie, il est bon de faire précéder l'administration du musc de l'application de quelques sangsues aux tempes. (*Journal fur Kinderkran.*)

DELIRIUM TREMENS *chez un enfant de cinq ans. — Guérison.* Le professeur Hohl, de Halle, rapporte ce fait, remarquable tant par l'âge insolite du sujet, que par la circonstance non moins insolite qui y a donné lieu. — *Obs.* Un jeune garçon de cinq ans et sa sœur avalèrent, par mégarde, une notable quantité d'eau-de-vie, qu'ils avaient prise pour de l'eau. La petite fille fut trouvée étendue par terre et le petit garçon se livrant, autour de la table, à des ébats joyeux, mais mal assurés. On les transporta tous les deux au lit; le petit garçon vomit, passa la nuit dans l'agitation et ne dormit que sur le matin. A son réveil, il fut pris tout à coup d'un tremblement des mains tel, qu'il ne pouvait soutenir la tasse dans laquelle il buvait; puis il y eut bientôt ensuite des mouvements convulsifs du visage et des crampes. Lorsque le docteur Hohl vit l'enfant, le tremblement des extrémités supérieures était tel qu'il ne pouvait tâter le pouls. Il y avait aussi de légers soubresauts des tendons. Le pouls était lent, le regard comme effrayé, la pupille dilatée et le visage pâle. L'enfant avait en outre du délire et poussait des cris. Il demandait fréquemment à boire; il existait de la dysurie. On prescrivit un lavement vinaigré, et à l'intérieur du calomel et du jalap. Un cataplasme fut mis sur le bas-ventre. Les symptômes s'amendèrent vers le milieu du jour. Les urines commencèrent à sortir librement; les selles vinrent en abondance après l'administration d'un nouveau lavement. Mais, sur le soir, il y eut retour du délire, du tremblement et des divers symptômes nerveux précédemment cités. L'œil était brillant; le pouls avait augmenté de fréquence. On mit six sangsues au front; on administra toutes les heures un demi-grain de calomel avec trois gouttes de teinture thébaïque; à la troisième prise, le malade tomba dans un sommeil profond et réparateur, qui fut suivi du retour à la santé.

Chez la petite fille, on n'eut affaire qu'aux suites ordinaires de l'ivresse. (*Neuz Zeitsch. fur Gebucks*, et *Journ. des Conn. méd.-chir.*, février 1846.)

DIABÉTIQUES (*Moyen à employer pour constater la présence du sucre dans l'urine des*). Voici le moyen employé dans les hôpitaux pour constater la présence du sucre dans l'urine. On verse un peu d'urine dans un tube de verre; on y ajoute un peu de solution de sulfate de cuivre, on présente le tube à la flamme d'une lampe à alcool et l'on fait bouillir. L'urine normale est sans action sur le sel de cuivre et le liquide conserve la belle couleur bleue que celui-ci lui a communiquée. Mais s'il existe du sucre, celui-ci décompose le sulfate de cuivre. Dès que l'ébullition commence, le mélange passe au vert d'abord, puis au fauve d'autant plus foncé que la proportion de sucre est plus considérable. C'est par le degré de coloration qu'on juge approximativement de cette dernière.

Au lieu de sulfate de cuivre, on peut aussi se servir de potasse caustique liquide, et le mélange se colore également d'autant plus qu'il contient plus de sucre, depuis le jaune jusqu'au brun plus ou moins foncé. Ce procédé d'analyse est très-simple, très-expéditif et peut suffire dans la pratique.

DIGITALE (*Moyen de reconnaître l'efficacité de la*). M. Falken, pharmacien à Rebo, donne comme infaillible la manière suivante de procéder pour reconnaître le degré d'activité de la digitale.

On fait infuser, pendant une heure, 50 centigrammes de poudre de feuilles de digitale dans de l'eau bouillante. Après avoir passé, on ajoute à la colature refroidie vingt à trente gouttes d'un soluté de ferro-cyanure de potassium, dans la proportion de 75 centigrammes pour 15 grammes d'eau distillée. Si la digitale est active, l'infusé se trouble peu à peu ;

mais si ce trouble n'a pas lieu dans l'espace de dix à quinze minutes, on peut considérer la digitale essayée comme ne possédant pas un degré suffisant d'activité. D'après ces expériences, M. Falken considère la digitale récoltée en Suisse comme la plus active. (*Froriep's notizen*, et *Journ. des Conn. méd. - chirurg.*, février 1846.)

ÉPILEPSIE (*Remèdes antiépileptiques proposés par le docteur Marochetti.* Tout est à trouver encore relativement au traitement de l'épilepsie, aussi doit-on place à tout procédé, à toute formule, à toute pratique empirique qui peut se recommander à l'attention par le nom de son auteur. M. Marochetti, connu dans le monde scientifique par ses recherches sur la rage, et par l'annonce qu'il avait faite de la découverte de vésicules sous la langue dans cette maladie, vésicules qui avaient une grande importance, et qui, pour le dire en passant, n'ont été trouvées par presque personne, M. Marochetti est un médecin italien, fixé depuis trente ans en Russie. Il écrit de Saint-Pétersbourg à son confrère le docteur Bartolomeo Caraviglia de Milan, pour lui faire connaître sa méthode thérapeutique de l'épilepsie, consacrée, dit-il, par « plusieurs centaines de guérisons. » — Voici la formule de ces remèdes, qu'il prépare, dit-il, lui-même, et dont il n'a confié les recettes qu'à un seul pharmacien :

PILULES ANTIÉPILEPTIQUES.

Premier degré.

Extrait d'aloès.............	4 gramm.
Gomme-gutte en poudre....	2 gramm.
Semence d'anis...........	8 gouttes.

Mêlez les poudres en ajoutant peu à peu l'essence d'anis pour une poudre.

Deuxième degré.

Extrait aqueux de rhubarbe sec. 1 gram.

Ou bien :

Extrait aqueux mou de rhubarbe récemment préparé, 1 gramme 30 centigr.
Extrait sec de feuilles de muguet, 40 centigrammes.

On cesse l'emploi de ce médicament quand le système nerveux du malade est très-irritable.

Mêlez bien avec quantité suffisante d'eau pour faire des pilules de 10 centigrammes chaque.

GOUTTES ANTIÉPILEPTIQUES.

Deuxième degré.

Alcool à 22°.............	450 gramm.
Poudre de racine d'angélique	60 gramm.

Faites macérer pendant 48 heures et ajoutez :

Anis étoilé en poudre.......	8 gramm.
Semences de cardamome....	8 gramm.
Ecorce de racine d'alcanna.	4 gramm.
Racine de zédoaire en poudre.	6 gramm.
Safran oriental.............	8 gramm.
Opium pur..................	8 gramm.

Laissez macérer toutes ces substances dans un vase bien clos pendant deux semaines. Filtrez et ajoutez :

Huile volatile de fleurs de camomille.................	25 gouttes.
Huile volatile de fleurs de valériane................	25 gouttes.
Huile volatile d'écorce de citron.....................	20 gouttes.
Huile volatile de cannelle vraie.	15 gouttes.
Huile volatile de naphte vraie.	25 gouttes.
Éther sulfurique...	1 gramm. 30 centig.

Faites digérer pendant deux semaines.

Ajoutez au liquide, après l'avoir exprimé pour extraire toute la teinture, une livre de sirop simple très-chaud ; couvrez le vase, et, au bout de deux jours, passez avec expression. Conservez ce sirop sous le nom de sirop antispasmodique. On pourra le donner à petites doses dans les convulsions légères des enfants, dans les spasmes hystériques, en y ajoutant une eau distillée aromatique quelconque.

Tels sont les médicaments de M. Marochetti dans l'épilepsie. Il applique ce traitement, si la maladie a résisté aux remèdes ordinaires, et si elle ne tient pas à une lésion organique.

Au début du traitement, et pendant un mois, il commence par le *premier degré, les pilules*, qu'il donne une par une, trois fois par jour, avec un verre d'eau par-dessus. Si le premier degré n'amène pas d'amélioration au bout de quelques jours, il passe au second, les gouttes. On en prend cinq, trois fois par jour, dans l'enfance ; dix gouttes dans l'adolescence, et quinze gouttes, trois fois par jour, pour les adultes. Il fait ajouter deux pilules le soir. Si, au bout de trois mois, la maladie n'a pas disparu, ou si l'état du sujet ne s'est pas considérablement amélioré, M. Marochetti suspend le traitement et déclare l'affection incurable. — Quant à la préférence à donner aux

gouttes ou aux pilules, il pense que les pilules conviennent mieux au traitement de ces épilepsies, qui semblent provenir d'une cause humorale quelle qu'elle soit, et les gouttes, dans l'épilepsie qui est le résultat d'une affection simplement et essentiellement nerveuse. (*Gaz. méd. de Montpellier*, janvier 1846.)

FIÈVRES CONTINUES, *rémittentes, de forme typhoïde, guéries par le sulfate de quinine*. Il s'est présenté à quelques jours d'intervalle, dans le service de M. Rayer, à la Charité, deux cas de fièvres continues, rémittentes, offrant tous les caractères de la fièvre typhoïde, et qui ont promptement cédé au sulfate de quinine. Ces faits importants ne doivent pas être passés sous silence.

Un homme, âgé d'une quarantaine d'années, d'une constitution robuste, entra à la Charité, avec tous les symptômes d'une fièvre typhoïde ordinaire : éruption papuleuse au tronc, abattement, stupeur, épistaxis, ballonnement du ventre, légère diarrhée, peau chaude et sèche, pouls fréquent, etc. M. Rayer fut frappé du caractère particulier de rémission de l'appareil fébrile ; il percuta la rate, ainsi qu'il a l'habitude de le faire chez les sujets typhoïdes, et il constata une matité plus profonde et plus étendue qu'à l'état normal. Cet organe dépassait de 9 à 12 centimètres le bord des dernières côtes. Cette circonstance donnant, aux yeux de M. Rayer, une nouvelle valeur au fait de la rémittence qu'il avait déjà constatée, ce praticien se décida à administrer le sulfate de quinine, que ne contre-indiquait pas, d'ailleurs, l'état des voies digestives. Il ordonna le sel à la dose de 1 gramme en poudre. Dès le troisième jour, la fièvre et tout l'ensemble des phénomènes typhoïdes étaient dissipés ; la rate continuant encore à rester volumineuse, on persista pendant huit jours encore dans l'administration du sulfate de quinine, en diminuant graduellement la dose vers la fin, et le malade alla de mieux en mieux. Le neuvième jour, la rate avait beaucoup diminué de volume ; le malade était en pleine convalescence.

Ce cas venait à peine de se passer que, dans le même service, fut admise une jeune femme présentant tous les symptômes d'une fièvre typhoïde de moyenne gravité, avec une rémission marquée. L'examen de la rate fit également reconnaître un développement anormal de cet organe. On prescrivit 60 centigrammes de sulfate de quinine et des ventouses scarifiées sur la région splénique. Le lendemain, la malade était déjà mieux ; le sulfate de quinine fut continué, et, à dater du troisième jour, tous les symptômes se dissipèrent rapidement.

Ces faits, communs dans les pays où la fièvre intermittente est endémique, sont rares à Paris. Cependant M. Rayer en a observé de semblables depuis quelques années. Peut-être, et nous sommes bien porté à le penser, est-ce à des cas de ce genre qu'ont eu affaire les observateurs qui, dans ces derniers temps, ont préconisé le sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde. (*Gaz. méd. de Paris*, février 1846.)

FISTULE URETRO-UTÉRINE (*Cas fort remarquable de*). Voici une observation qui offre un haut intérêt physiologique et pathologique et qui mérite toute l'attention des chirurgiens.—Une femme, âgée de quarante ans, entre à l'hôpital de la Pitié le 5 mars 1845, dans le service de M. Bérard. Mariée à trente-deux ans, elle a eu son premier enfant à trente-six. Deux ans après elle eut une seconde couche. Le travail, cette fois, dura près de trois jours. Le forceps, à ce qu'elle rapporte, ne put être employé. Dix jours après, cette malheureuse s'aperçut qu'elle perdait ses urines par le vagin.

Voici ce que l'on observe : plusieurs fois par jour, elle éprouve le besoin de la miction, et elle rend chaque fois une assez notable quantité d'urine. Une partie de ce liquide s'écoule incessamment par le vagin. On suppose que l'ouverture fistuleuse est très-étroite, et on la cherche deux fois infructueusement. Dans une troisième exploration faite avec un gros spéculum, on voit une matière limpide suinter à travers l'orifice du col utérin. M. A. Bérard pense dès lors à une fistule vésico-utérine, et essaye de la reconnaître en introduisant une sonde dans la vessie et un stylet dans l'utérus. Quelques accidents sont la suite de cette tentative ; ils cèdent, mais ils se renouvellent à l'occasion du placement d'une sonde à double courant dans la vessie, le professeur croyant toujours avoir affaire à une fistule vésico-utérine et voulant em-

pêcher le contact de l'urine avec ses bords, dans l'espoir de la guérir par ce seul moyen. La malade était complétement rétablie de ces accidents, lorsque subitement, sans cause appréciable, elle éprouva de vives douleurs dans la région lombaire gauche. L'urine avait cessé de couler par le vagin, et il s'en accumulait dans la vessie à peu près la même quantité que les jours précédents. Au bout de trois ou quatre heures, l'urine reprit son cours par le vagin, et les douleurs lombaires cessèrent. Le même phénomène s'était déjà produit plusieurs fois, et sa signification probable se présenta aussitôt à l'esprit du chirurgien : n'y avait-il pas une communication entre l'uretère gauche et l'utérus, de telle sorte que, par une circonstance quelconque, l'orifice urétéro-utérin venant à s'obstruer, et l'orifice urétéro-vésical étant probablement oblitéré, l'urine s'accumulait dans l'uretère et le rein, d'où les douleurs lombaires cessant en même temps que l'obturation accidentelle de l'ouverture urétéro-utérine? Deux expériences semblent confirmer cette supposition. Premièrement, ayant vidé la vessie et ayant recueilli exactement dans un vase l'urine rendue par l'utérus pendant deux heures, en sonda, au bout de ce temps, la vessie et on en retira une quantité de liquide égale ou presque égale à celle qui avait été rendue par l'utérus. L'urine vésicale était plus foncée que celle qui était sortie par la fistule. Secondement, on poussa dans la vessie un liquide coloré par l'indigo, on l'y retint en pressant du doigt sur le méat urinaire, et l'on s'assura que le liquide qui sortait par l'utérus, liquide qui possédait la saveur et l'odeur de l'urine, était parfaitement incolore. Toutes ces circonstances rendent extrêmement probable, si ce n'est certaine, l'existence d'une fistule urétéro-utérine. L'art n'ayant pas de moyen curatif contre une telle affection, on s'est borné à faire confectionner pour cette infortunée un urinal s'adaptant exactement au col utérin et maintenu à l'aide d'une tige recourbée montée sur un bandage herniaire; mais elle n'a pu supporter cet appareil, et a été obligée de s'en tenir à un urinal ordinaire fixé sur la cuisse et adapté à la vulve. — Cette observation offre un certain intérêt physiologique : elle prouve que les deux reins font un travail approximativement égal, et elle confirme l'opinion accréditée en physiologie, qu'il y a une résorption de l'eau de l'urine dans la vessie. En effet M. Bouchardat ayant, à plusieurs reprises, examiné comparativement l'urine qui vient de la vessie et celle qui est rendue par l'utérus, a reconnu que celle-ci était moins dense et plus aqueuse. La diminution de l'eau dans l'urine vésicale pouvait être du reste déduite de sa coloration, relativement plus foncée. (*Gazette des Hôpitaux*, févr. 1846.)

HÉMORRHOIDES DE LA VESSIE (*Rétention d'urine causée par des*). Chez les individus doués d'une constitution hémorrhoïdaire, il peut arriver que les veines de la prostate et du col de la vessie se dilatent en même temps que celles de l'extrémité du rectum, sous l'influence d'une congestion sanguine subitement développée; il résulte de là une sorte d'apoplexie de la prostate, qui détermine brusquement la rétention d'urine, et peut être suivie des accidents les plus graves : c'est un cas semblable qui est rapporté par le docteur Krauze. Il s'agit d'un homme habituellement affecté d'hémorrhoïdes assez considérables pour s'être étranglées et avoir nécessité une opération : une première fois, en 1843, il survint brusquement une rétention d'urine, accompagnée de ténesme vésical ; c'était au mois de juillet ; cette fois, pour rendre l'excrétion des urines naturelle, il suffit de pratiquer plusieurs cathétérismes. En septembre de la même année, nouvelle rétention d'urine, coïncidant avec la présence de tumeurs hémorrhoïdales volumineuses à l'anus : la guérison s'obtint encore assez promptement. En mai 1844, nouvelle rétention d'urine, à la suite d'un froid aux pieds : l'exploration avec le cathéter fit reconnaître un obstacle insurmontable, au niveau de la portion prostatique ; à plusieurs reprises, on essaya de le franchir, mais inutilement. Chaque fois, on provoqua de vives douleurs et un écoulement abondant de sang et de mucosités. Malgré des bains prolongés, des cataplasmes narcotiques au périnée et des frictions camphrées, la rétention persista. Le malade n'avait pas uriné depuis trente-six heures; la vessie formait une tumeur volumineuse au-dessous du pubis : l'anxiété générale était ex-

rême. C'est alors que l'on se décida à pratiquer la ponction du réservoir urinaire à l'hypogastre : on put ainsi extraire trois livres de liquide. On substitua au trocart une sonde en gomme élastique ; pendant trois jours, les urines s'écoulèrent par cette voie : on put seulement alors introduire par l'urètre une sonde dans la vessie. Au bout de quelques jours, la plaie de l'hypogastre étant cicatrisée, on retira la sonde de l'urètre pour voir si le malade pourrait uriner ; il ne put en venir à bout, et, dans les efforts qu'il fit, la cicatrice de l'hypogastre se rompit. Deux fois ce même accident se renouvela par la même cause. On se décida alors à laisser pendant six semaines la sonde dans l'intérieur de la vessie par l'urètre ; au bout de ce temps, l'émission des urines put se faire naturellement, et elle n'a pas cessé depuis cette époque.

—En réfléchissant aux diverses circonstances de ce fait pathologique, grave par sa nature non moins que par ses conséquences, on est tenté de se demander si la thérapeutique, dans ce cas, est bien à l'abri de tout reproche. D'abord, les récidives de la maladie démontrent que, dans le principe, elle n'a pas été suffisamment combattue. De ce que le malade pouvait uriner sans le secours de la sonde, il n'en résultait pas que l'engorgement sanguin de la prostate et du col de la vessie avait cessé complétement. On eût dû s'en assurer, et pour cela ne pas négliger, comme on l'a fait, de toucher par le rectum. Cet examen eût pu prévenir les rechutes successives, en indiquant au praticien que, s'il avait rétabli la fonction, il lui restait à faire mieux et davantage, c'est-à-dire à ramener l'organe à des conditions physiologiques normales.

Il est à regretter que dans le traitement mis en usage en dernier lieu, on se soit décidé à pratiquer la ponction de la vessie, avant d'avoir eu recours aux émissions sanguines locales et générales. Dans un cas semblable, nous avons eu dernièrement l'occasion de constater leur efficacité.

Disons encore qu'il convient de laisser plusieurs semaines la sonde à demeure dans la vessie ; sa présence, dans le cas qui nous est propre, a entretenu une suppuration à la surface de la prostate, qui a favorisé on ne peut plus la résolution de l'engorgement dont elle était le siége. Nous avons eu aussi beaucoup à nous louer des frictions iodurées sur le périnée, et de l'usage, à l'intérieur, de l'iodure de potassium, administré pendant près de six semaines. — Il y a plus de six mois que notre malade a repris le cours de ses occupations, et sa guérison ne s'est pas démentie un seul instant. Il faut avouer qu'il ne s'écarte pas d'un régime que nous lui avons prescrit, et qui, dans les affections des voies urinaires, a, comme on le sait, une grande influence. (*Arch. génér. de méd.*, janvier 1846.)

INFECTION PURULENTE (*De la cautérisation à l'aide du fer rouge dans le cas d'*). Il y a déjà plus de deux ans que M. Bonnet, de Lyon, recommandait l'emploi de la cautérisation actuelle pratiquée sur le trajet des veines enflammées, dans les cas de phlébite succédant à une plaie faite par un instrument chargé de matière en putréfaction. Ce praticien distingué citait, à l'appui de cette méthode curative, des faits qui tendaient à établir que la guérison avait eu lieu chez plusieurs malades qui déjà offraient plusieurs des symptômes de l'infection purulente. Aujourd'hui c'est sur un fait de cette nature que le docteur Méli, de Marseille, appelle l'attention : un homme amputé depuis plusieurs jours de la cuisse, paraissait aller on ne peut mieux, lorsqu'il fut pris brusquement d'un frisson violent, suivi de transpiration ; le lendemain soif vive, fièvre ardente, sécheresse de la peau, somnolence, abattement, suppuration diminuée, aspect grisâtre du moignon qui est mollasse. Le chirurgien, M. Cauvière, cautérisa presque toute la surface du moignon avec le fer rouge, en même temps qu'on administra le quinquina ; en peu de temps tous les symptômes indiqués disparurent. Quelques jours après il fallut ouvrir un abcès développé à la partie supérieure de la cuisse : les eschares du moignon tombèrent peu à peu et la guérison s'effectua.

—La question de thérapeutique chirurgicale, soulevée par les travaux de M. Bonnet et rappelée par l'observation qui précède, est trop importante pour que sa solution dépende d'un fait isolé : jusqu'à présent la cautérisation, pratiquée dans les idées du chirurgien de Lyon, a fait peu de

partisans, il faut l'avouer; est-ce à dire qu'elle ne tienne pas tout ce que son auteur en espérait? nous croyons que cela dépend bien plus de l'absence de faits nouveaux et d'expériences suffisantes pour permettre d'en apprécier la valeur réelle. C'est donc aux observations à venir que nous faisons appel. (*Archives du Midi*, février 1846.)

LANGUE. (*Productions piliformes de la*). M. Landouzy, professeur à l'École de médecine de Reims, s'est occupé, depuis quelque temps, d'études spéciales sur la surface de la langue à l'état physiologique et à l'état pathologique. Il est arrivé à conclure que la coloration brune ou noire de cet organe, si fréquente dans les affections adynamiques, tient, dans la plupart des cas, à l'existence d'appendices piliformes qui paraissent provenir des villosités de la muqueuse linguale. Il pense même que tout ce que l'on a appelé jusqu'ici *enduits* de la langue tient au développement de ces appendices, de quelque couleur que soit l'enduit. En effet, depuis le 15 novembre dernier, il a observé quatorze cas dans lesquels la langue était noire ou brune, et dans tous les cas la coloration était due à ces productions piliformes qu'il a présentées antérieurement à l'Académie. En joignant à ces cas ceux de pleurésie et d'érythème noueux signalés dans la première communication qu'il a faite à l'Académie royale de médecine en novembre dernier, il a donc seize cas dans lesquels la coloration noire de la langue est due au développement de productions piliformes.

Ces poils sont, en apparence, tellement semblables aux poils de la peau, qu'à l'œil nu il serait difficile de les en distinguer, bien qu'en réalité ils en diffèrent notablement.

Ces productions piliformes, qui sont à l'épithélium ce que les poils sont à l'épiderme, ont de 1 à 15 millimètres de longueur sur 1/5 à 1,200 de millimètre d'épaisseur. La plupart sont coniques; un grand nombre sont disposés en faisceaux et semblent se diviser en plusieurs branches partant d'un tronc unique; leur présence ne paraît altérer ni la voix, ni le goût, ni la mastication; cependant, lorsqu'ils sont longs, ils causent, en général, une sensation incommode au fond du palais: par leur frottement incessant contre la luette, ils causent ce chatouillement incommode qui se manifeste souvent à la gorge vers la convalescence, et que les malades et les médecins ne savaient comment expliquer.

Après de nombreuses recherches dans les auteurs, M. Landouzy n'a trouvé que deux exemples analogues, le premier dans Meckel, le second dans Portal; encore sont-ils énoncés sans le moindre développement. Ce qui a empêché les observateurs de reconnaître ces végétations, c'est qu'à la partie antérieure de la surface de la langue, elles sont le plus souvent couchées sans aucune saillie apparente; mais si on examine avec attention la moitié postérieure de l'organe, et surtout si l'on rebrousse les pilosités et qu'on les écarte dans des directions diverses, on les reconnaît alors manifestement, et on les enlève avec la plus grande facilité, soit avec des pinces, soit en raclant la langue avec un couteau. (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, février 1846.)

LITHOTRITIE (*Rupture de l'instrument dans la vessie pendant l'opération de la*). Nous croyons utile de donner de la publicité au fait suivant, que publie M. le docteur Taroni, d'Alzone (Aude). Voici quelques extraits de sa note: « Baptiste Andrieu, âgé de vingt-six ans, portait une pierre dans la vessie depuis plusieurs années. Sa constitution, naturellement robuste, était appauvrie par ses longues souffrances...

« Le 25 septembre, après avoir fait subir un traitement préparatoire, nous nous rendîmes chez le malade. D'après les essais faits la veille sur des pierres du volume présumé du calcul vésical, pierres que nous avions brisées avec facilité sans employer une grande force, nous étions en droit d'espérer un succès peu difficile et complet. En effet, après avoir introduit une sonde dans la vessie et injecté environ 120 grammes d'un liquide émollient, la sonde fut retirée, et le brise-pierre, n° 2, modèle Charrière, introduit. Dès les premiers essais, un calcul d'environ 32 millimètres de diamètre fut saisi et divisé. La force qu'il fallut employer pour faire éclater le calcul fut de beaucoup moindre que celle employée dans nos essais antérieurs. A trois reprises différentes le calcul fut repris et broyé de même. Nous étions au comble de la joie ainsi que la fa-

mille, qui entendait comme nous le bruit particulier que produisait la pression de l'instrument sur la pierre qui cédait. A la cinquième reprise, sans effort plus considérable, sans secousse, sans faux mouvements, et nous insistons sur ces circonstances, un bruit un peu plus fort frappe nos oreilles, et tout le monde croit au succès complet. Le malade se plaignait de la fatigue; nous décidâmes de remettre à une autre séance la suite de l'opération.

« Quel n'est pas notre étonnement, lorsque nous sentons une résistance qui ne permet pas de retirer le lithotriteur! En vain nous lui faisons exécuter des mouvements divers dans tous les sens; en vain nous l'ouvrons et le refermons plusieurs fois, en maintenant le doigt dans le rectum et nous assurant ainsi que l'extrémité de l'instrument était libre et que la membrane muqueuse n'était pas pincée; toujours la même difficulté de le retirer se fait sentir et nous plonge dans une incertitude inquiétante.

« Cependant, en usant de tous les ménagements possibles et par de nouvelles manœuvres, nous faisons arriver l'instrument jusqu'en deçà du col vésical. C'est dans cette partie, dans la région périnéale, que le toucher nous a fait percevoir, à travers la peau, une aspérité sur la convexité du lithotriteur, que nous avons prise pour un fragment du calcul engagé dans la fenêtre de la branche femelle. La difficulté de la retraite étant de plus en plus considérable, et le malade étant excessivement fatigué, nous avons pris la résolution de pratiquer une petite incision sur le canal pour dégager ce prétendu fragment et ne pas causer de désordres plus grands. Dès lors, notre incertitude cesse à l'aspect de la cause du mal qui devient évidente. Ce n'est pas un fragment du calcul comme nous l'avions cru, mais bien une portion saillante de la paroi gauche de la fenêtre de la branche femelle qui s'est cassée et écartée de son axe, dans son tiers inférieur, de manière à offrir dans le mouvement rétrograde l'effet d'un fer de lance ou d'un hameçon. Toutes les difficultés nous étant ainsi expliquées, nous avons pu faire saillir, par la boutonnière, l'extrémité du lithotriteur, et, à l'aide de fortes pinces, détacher en entier la partie qui formait l'obstacle à sa retraite.

« Comme nous nous y attendions, en nous représentant la gravité des désordres qu'a dû produire l'instrument dévié à travers le col de la vessie jusqu'à la boutonnière, dont nous reconnaissons actuellement l'urgente nécessité, le malade n'a pas éprouvé de soulagement. Un spasme violent s'est développé, et, après lui, une chaleur intense. Au bout d'une heure, les urines qui ne coulaient pas nous faisaient redouter l'engorgement de la vessie et un épanchement urineux. Malgré le malaise que le malade éprouvait, nous avons décidé l'application d'une sonde à demeure, qui a été introduite sans trop de difficulté, quoique le canal fût largement incisé; elle a donné passage à des caillots sanguins, entraînant de nombreux fragments de calcul. C'est dans cet état, qu'après avoir donné une potion calmante et fait les prescriptions nécessaires, nous nous sommes retiré pour nous livrer aux plus tristes réflexions sur l'issue si fâcheuse et si peu prévue de ce déplorable événement.

«..... Nous regardons comme un devoir de publier ce pénible résultat, non pour accuser le procédé opératoire, dont nous reconnaissons l'incontestable supériorité, non pour engager nos confrères à prendre plus de précautions, car nous croyons les avoir prises toutes, mais bien pour redoubler l'attention des fabricants, et, si c'est possible, pour qu'ils ne livrent au commerce que des instruments doublement éprouvés. On frémit, à l'aspect de l'instrument cassé que nous renvoyons au fabricant, en pensant à l'horrible situation du malade et des médecins si l'instrument n'eût pas pu être retiré de la vessie! (*Journ. des Conn. méd.-chir.*, mars 1846.)

MÉTRO-PÉRITONITES ÉPIDÉMIQUES *à l'hospice de la Maternité de Bordeaux; un mot sur leur traitement.* Nous avons parlé des métro-péritonites qui ont régné en 1845, à la Maternité de Bordeaux, nous trouvons aujourd'hui des détails importants sur cette affection dans le compte-rendu très-bien fait que publie M. le docteur Barnetche, chirurgien de cet établissement. On n'a pas compté moins de 325 accouchements à la Maternité de Bordeaux pendant 1845. Ce chiffre est très-important si on le compare à celui de 81 accouchements qui, dans le même espace de temps, ont eu lieu à

la maison d'accouchements de Marseille. Il montre la source féconde d'instruction que les élèves peuvent trouver à Bordeaux touchant cette branche de l'art.

Plus des deux tiers des femmes qui ont accouché à la Maternité de Bordeaux, en 1845, ont été frappées diversement et plus ou moins gravement; ce nombre suffit seul pour en conclure à la généralisation d'accidents plus restreints dans l'état ordinaire des choses, et par suite à une influence épidémique.—Cent et quelques accouchées ont été atteintes immédiatement et avant l'époque où se dessine la fièvre de lait, d'accidents fébriles assez violents avec des symptômes d'entérite légère, ou de surexcitation de l'estomac, ou d'irritation utérine avec sensibilité du ventre; mais une simple émission sanguine triomphait des accidents avec promptitude. — Des affections plus graves ont atteint une autre portion des accouchées. Dans cette seconde série on a compté : métrites 5, métro-péritonites 9, métrite suivie d'hystéralgie 1, métro-entérites 5, métro-pelvite 1, péritonites 40, entéro-péritonites 16, phlegmon au bras mortel 1, fièvre de lait grave 1, ictère 1, fièvres intermittentes coïncidantes 15, rhumatisme articulaire général 1, varioloïde au troisième jour 1, méningite 1, folies puerpérales 4, kyste anormal en boudin à la face du col utérin 1. Total de la seconde série 103.

Comme on le voit, plus des deux tiers des accouchées ont présenté des affections plus ou moins graves. Sur ce nombre, quarante fois la péritonite puerpérale a sévi avec une intensité variable sans doute, mais chaque fois avec gravité. — Nous ne suivrons pas M. Bartneche dans les détails qu'il donne sur les symptômes présentés par les malades. Les réflexions suivantes donneront une suffisante idée de l'esprit qui préside à son travail.

«Nous avons eu, dit M. Bartneche, pendant le dernier semestre 1845, à nous occuper autant de la *qualité* que de la *quantité* de l'inflammation. Le produit infructueux d'une médication antiphlogistique que le succès couronnait habituellement, les résultats définitifs différents, alors que la thérapeutique avait été la même, nous ont paru mériter rationnellement toute notre attention : loin de voir, en effet, la concentration de la circulation diminuer ou disparaître par les émissions sanguines, le pouls s'amoindrissait, et le collapsus accru était bientôt jugé par la mort; nous n'avons pas pu croire qu'un résultat si différent pût dépendre de l'intensité inflammatoire toute seule. Cette sidération des forces qui a persisté jusqu'au mois de décembre, quelque traitement qui ait été mis en usage, nous a conduit à n'employer à cette époque les émissions sanguines qu'avec une grande réserve. Comme pour donner plus de poids aux inductions que nous avons tirées des faits, il nous a été permis en décembre de revenir à la jugulation des péritonites, ou métro-péritonites, et cela avec un succès tel, que nous n'avons eu à regretter, depuis lors jusques aujourd'hui, l'issue funeste d'aucune.»

Nous croyons au dogme de la spécificité des constitutions épidémiques, et nous l'avouons tout d'abord. En effet, des péritonites et métro-péritonites sévissent en grand nombre, et pendant un certain temps : au lit du malade nous établissons un diagnostic; dans l'amphithéâtre, le scalpel en constate l'exactitude; une prostration radicale se manifeste au début; c'était peut-être le résultat de l'*intensité* de l'inflammation? soit; les émissions sanguines sont d'ordinaire suivies de réaction, on les emploie, et cependant le contraire a lieu; un collapsus, présage d'une mort prochaine, survient et donne un démenti formel à la méthode de traitement que nombre de succès avaient fait préférer à toute autre. Il ne s'agit pas ici de chercher à trouver en défaut une médication énergique, qui peut n'être impuissante que parce qu'elle n'est que trop tardivement appliquée, mais bien de métro-péritonites caractérisées au début par une sidération profonde de la vitalité, et qui tuent dès l'invasion en foudroyant l'organisme. Est-ce là l'état sporadique, ne différant que par la *quantité?* la généralisation de cet état étendu à un grand nombre d'accouchées, comment la comprendre par la seule plus-value de la quantité? En admettant que *épidémie* ne soit pas synonyme de *nombre*, en vertu de quelle causalité cette extension à toutes les accouchées d'un quartier, d'un hôpital, s'accomplit-elle donc? pourquoi cette multiplication de l'état sporadique toujours au plus haut degré de vio-

lence ?...—Nous établissons que nous avons eu bon nombre de péritonites et de métro-péritonites. *Généralisation de l'état sporadique*......, soit; mais *épidémie* et *telle* que nous comprenons ce mot : une *intensité plus grande*, soit; des *complications graves*, soit encore; mais il y a eu quelque chose de plus que tout cela, c'est-à-dire, le *génie épidémique*. Notre pierre de touche a été l'insuccès alors de notre thérapeutique habituelle (émissions sanguines larges, etc.), tandis que les révulsifs ont obtenu des résultats bien autrement heureux. (*Journal de médecine de Bordeaux*, février 1846.)

MONOMANIE *guérie par l'apparition d'une tumeur phlegmoneuse dans le dos.* C'est le docteur Giuseppe Ferramosca qui rapporte ce fait dans le journal de Milan, sans cependant exagérer l'importance qu'il lui donne. — Un homme de trente-trois ans, maniaque depuis janvier 1842 (sa monomanie portait principalement sur les idées religieuses), n'avait éprouvé que des améliorations passagères dans son aliénation mentale, lorsqu'il se développa chez ce sujet, au mois de mai 1845, une tumeur chaude, douloureuse, rouge, de deux pouces de diamètre, vis-à-vis l'omoplate droite. Dès ce moment, le malade reconnut son état et eut la conscience de son mal. Les facultés intellectuelles revinrent graduellement à leur type normal, et à mesure que la tumeur marchait vers la suppuration, l'état général s'améliorait. A la fin, cette tumeur ayant été ouverte avec l'instrument tranchant, elle s'affaisa et n'offrit plus que le volume d'une fève. Le traitement consista à faire traîner la cicatrisation en longueur, ayant observé que l'amélioration était d'autant plus sensible que l'écoulement purulent était plus abondant. La plaie guérit, que déjà les facultés mentales semblaient parfaitement recouvrées. — Ce monomaniaque a été guéri par l'apparition d'une petite tumeur à l'épaule droite.—Mais combien d'autres monomaniaques, maniaques et mélancoliques ont été atteints de furoncles, de phlegmons, d'érysipèles, d'inflammations graves d'organes importants, sans guérir pour cela de leur folie! (*Gaz. Méd. de Montpellier*, février 1846.)

MOXAS (*Nouvelle modification dans la confection des*). Beaucoup de médecins établissent encore le moxa à l'aide du coton cardé au nitrate de potasse. Ce moxa présente cependant de graves inconvénients. Son ignition irrégulière nécessite l'emploi du chalumeau, est difficile à conduire, s'accompagne de flammèches qui font effectuer au malade des mouvements préjudiciables, et détermine une fumée épaisse, suffocante, qui incommode le patient et l'opérateur. Nulle part on ne se sert du *moxa de Marmorat*, si simple à confectionner, si facile à établir. Voici comment se prépare et s'applique ce moxa, dans la confection duquel M. Guépratte propose de substituer le calicot au papier :

On prend une pièce de calicot dégommé par le lavage, un mètre, par exemple; on la plonge dans une suffisante quantité de sous-acétate de plomb liquide. Lorsqu'elle est bien imprégnée, bien trempée, on l'étend, ou la sèche; puis on la découpe en bandelettes d'une hauteur égale à celle du moxa; on roule ces bandelettes à la manière des bandes, mais un peu mollement; on obtient ainsi un cylindre, dont on retient le dernier tour par quatre points séparés. Ces *points isolés* sont bien préférables à la couture unique allant de haut en bas, parce que, de cette façon, jusqu'à sa complète incinération, le moxa conserve sa forme régulière. Pour l'application, on recouvre le lieu de l'opération d'une dissolution de gomme arabique; et le moxa aussitôt adhère suffisamment à la peau pour ne plus préoccuper le chirurgien, et lui permettre de porter toute son attention sur le malade, de prévenir les mouvements qui pourraient être nuisibles. Le moindre contact d'un corps en ignition, charbon, allumettes, etc., sur le centre de la base supérieure du cylindre, l'enflamme, et aussitôt il brûle, *sans secours étranger*, constamment avec la régularité la plus parfaite, constamment couche par couche, parallèlement à la base, sans flammèches. L'opération est plus prompte, moins laborieuse, n'incommode jamais.

OPIUM (*Des dangers de l'administration de l'*) *dans les maladies des enfants*. M. le docteur Sobotka, de Vienne, publie six observations prises sur six enfants ayant de six semaines à sept mois, où l'administration de la teinture d'opium ou du

sirop diacode pour arrêter la diarrhée a déterminé un narcotisme très-grave et la mort dans deux cas. Tous les praticiens savent qu'on ne saurait être trop réservé sur l'emploi des opiacés chez les jeunes enfants; car on a vu des empoisonnements mortels par une ou deux gouttes de laudanum. Mais il ne s'ensuit pas qu'on doive renoncer à l'opium dans le jeune âge; on doit seulement le doser avec la plus grande circonspection. Nous rapporterons seulement deux des cas cités par le médecin autrichien. — *Obs.* I. Le 31 août 1843, M. Sobotka fut appelé près d'un enfant de sept mois auquel on avait donné pour une diarrhée une potion composée de 120 grammes de décoction de salep, teinture d'opium 2 gouttes, sirop diacode 15 grammes. A peine l'enfant en avait-il pris quelques cuillerées qu'il tomba dans un état soporeux et succomba le lendemain. — *Obs.* II. Chez un autre enfant on prescrivit : décoction de guimauve 90 grammes, teinture d'opium 2 gouttes, sirop diacode 15 grammes. L'enfant, après avoir pris par cuillerées à café, d'abord toutes les deux heures, la moitié du médicament, et plus tard toutes les heures, présenta tous les symptômes du narcotisme. On prescrivit, décoction de salep 60 grammes, camphre suspendu dans un mucilage de gomme 15 centigrammes, sirop de guimauve 15 grammes, à prendre une cuillerée à café toutes les demi-heures, plus tard toutes les heures. Les symptômes d'empoisonnement disparurent. Du reste, M. Sobotka ne renonce pas pour cela à l'emploi de l'opium chez les enfants, mais il le donne à faible dose; une goutte de teinture d'opium dans 60 grammes de liquide à prendre par cuillerée à café toutes les heures. Pour ce médecin, l'opium, dans les cas d'empoisonnement chez les enfants et les vieillards, a pour effet de déprimer la sensibilité et la motilité, mais sans excitation. Les meilleurs remèdes de ce narcotique sont les stimulants diffusibles, à la tête desquels il place le camphre. Suivant lui, les évacuations sanguines, les applications froides sur la tête, les acides, sont plutôt nuisibles qu'utiles, en ce que, dans le narcotisme, les congestions sanguines sont plutôt passives qu'actives. (*Journ. fur Kinder-Kraukhaiten*, et *Gaz. méd.*, février 1846.)

PUSTULE MALIGNE (*De la nécessité de recourir promptement à la cautérisation dans la*). La pustule maligne est une maladie grave et qui demande, pour n'être pas funeste, un traitement énergique et prompt. Cette maladie, suivant les observations publiées par M. Lesaing, docteur-médecin à Blamont, serait, dans les campagnes, moins souvent le produit du contact d'animaux atteints ou morts de maladies charbonneuses, que le résultat de l'inoculation du poison par des mouches ou autres insectes qui auraient reposé sur le corps ou les dépouilles fraîches des animaux infectés de charbon. C'est à cet ordre de causes que la maladie est rapportée sur quatre des neuf observations que rapporte M. Lesaing, avec détail, dans son Mémoire. L'inoculation du fluide septique par des insectes a eu lieu, chez les malades, sur le bras, la joue, la paupière et la main; deux tanneurs ont contracté la maladie en touchant des peaux d'animaux morts du charbon, enfin trois autres malades ont puisé le venin par l'absorption cutanée, en soignant des animaux malades.

L'essentiel, c'est de ne pas se tromper dans le diagnostic. Le peu d'élévation de la tumeur, la chaleur brûlante, la rougeur, qui ne disparaît pas par la pression du doigt, les vésicules qui paraissent lorsque la tumeur est plus avancée, la couleur noire de la peau qui se montre lorsque les pustules sont ouvertes et qu'elles ont laissé échapper la sérosité qu'elles contenaient, la faiblesse, les vertiges, la petitesse du pouls, les syncopes, les anxiétés, sont autant de symptômes au moyen desquels on doit distinguer cette maladie du furoncle et du phlegmon.

Il est essentiel que cette maladie, grave et promptement destructive, soit reconnue et combattue par un remède non douteux, dès son début. Le traitement expectant est dangereux; le moyen le plus sûr, c'est la cautérisation : un morceau de potasse caustique ou la pâte caustique de Vienne, appliqués à temps sur le centre de la tumeur, ont toujours réussi à M. Lesaing. Le cautère actuel serait même préférable s'il n'épouvantait pas les malades. Concentrer, le plus promptement possible, le poison par la cautérisation, exciter l'action vitale des parties circonvoisines, déterminer une inflamma-

tion vraie, qui borne la gangrène et qui sépare l'escharc, telle est l'indication rationnelle à remplir.

Les tanneurs, les bouchers, les palefreniers et les bergers, si exposés, par leur profession, à contracter la pustule maligne, pourraient peut-être s'en préserver, dit M. Lesaing, en se graissant les mains avec du suif ou en les lavant avec de l'eau chlorurée, lorsqu'ils dépècent des animaux morts d'affection contagieuse, ou qu'ils soignent des bestiaux malades. (*Gaz. médicale de Strasbourg*, février 1846.)

SANTONINE (*De l'emploi de la*) *comme vermifuge*. M. Callond, pharmacien, à Annecy, revendique la priorité de l'emploi de la santonine dans les affections vermineuses. Les tablettes qu'il confectionne contiennent un centigramme de santonine. Les médecins en prescrivent de 2 à 3 grammes jusqu'à l'âge de 4 ans; de 5 à 6, jusqu'à celui de 12 ans: on peut réitérer le lendemain.

Comme l'expérience a constaté qu'à la dose de 10 centigrammes cette substance provoque, chez quelques enfants, de légères coliques, il est à présumer qu'il serait imprudent d'en élever la dose jusqu'à 60 centigrammes, comme le conseille M. Mialhe, à moins que ce ne fût en plusieurs fractions dans la journée.

En l'employant à la dose de 5 à 6 centigrammes seulement, et en deux fois, elle a un effet vermifuge certain; elle paraît destinée à devenir un remède populaire. Quelques heures après l'ingestion de la santonine, les urines se colorent, chez plusieurs enfants, en jaune.

J'ai vérifié, dit M. Calloud, un fait qui a été observé par un médecin de Villefranche (Saône), et qui mérite de fixer, par sa singularité, l'attention des physiologistes: deux ou trois heures après avoir pris 10 à 15 centigrammes de santonine, les objets que l'on aperçoit paraissent colorés en jaune verdâtre. La vision est légèrement obscurcie, et l'on se croirait au moment d'une éclipse de soleil; cet effet est moins sensible lorsque le ciel est couvert; il est surtout très-prononcé lorsque le soleil est sur l'horizon. J'ai constaté ce fait sur plusieurs personnes; il est presque constant chez les myopes. (*Journ. des Conn. méd.-chirurg.*, mars 1846.)

STRANGULATION (*Recherches statistiques et légales sur la*). M. le docteur Duchesne a eu l'idée de rassembler dans un mémoire toutes les observations connues de suicide par strangulation ou par suspension incomplète. On sait toute l'importance qu'a acquise, depuis un procès fameux, cette question médico-légale. Aussi, bien que le travail de M. Duchesne se soit borné à une simple compilation, il ne manque cependant pas d'une certaine utilité. L'auteur a réuni, en effet, cinquante-huit cas de suspension incomplète, qui peuvent servir à une étude analytique intéressante. Dans ce nombre de suicides, on compte 45 hommes et 13 femmes. Le maximum des âges se rencontre de 40 à 50 ans. On remarque que, le plus souvent, on a trouvé les cadavres le bout des pieds ou les talons touchant le sol, quelquefois même les pieds posés tout à fait à plat. En résumé, suivant les conclusions de l'auteur, le suicide par strangulation, la suspension étant incomplète, est un fait acquis, et appuyé sur des observations nombreuses et authentiques. Le suicide par strangulation doit être admis, quelle que soit la position où l'on trouve le corps, et lors même qu'il reposerait exactement sur les deux pieds. Les sensations éprouvées par ceux qui se pendent sont telles, qu'ils ne veulent pas ou ne peuvent pas arrêter l'exécution de leurs sinistres projets. (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, octobre 1845.)

TÆNIA (*Expulsion d'un*) *par l'écorce de la racine de grenadier sauvage*. Cette observation offre de l'intérêt sous le double rapport, 1° des symptômes qui ont induit le médecin en une thérapeutique erronée, 2° de l'action plus efficace de l'écorce fraîche que sèche de la racine de grenadier.

Un tonnelier, âgé de quarante-huit ans, d'une forte constitution, se plaignait, pour la première fois, en 1833, de digestions longues, pénibles, laborieuses, d'alternatives de diarrhée et de constipation, d'un sentiment de tournoiement et de pesanteur dans l'abdomen, de douleurs aiguës à l'épigastre, avec tuméfaction et affaissement ondulatoire de la même partie. Bientôt survinrent des rapports, des flatuosités, des vomissements muqueux; quelque temps après le repas, augmentation de l'appétit,

ptyalisme, lipothymies, etc., etc.; à ces symptômes se joignirent des désordres nerveux, des étourdissements, des vertiges, la dilatation des pupilles, l'odeur aigre de l'haleine, la bouffissure et la pâleur, par plaques, du visage. Un médecin, consulté, diagnostiqua une gastro-entérite chronique, prescrivit plusieurs applications de sangsues sur la région de l'estomac, et tout le cortége des antiphlogistiques, quoique la faim fût plus forte que dans l'état normal. Sous l'empire de cette thérapeutique, les accidents gastriques et nerveux prirent une nouvelle intensité, le sommeil se perdit, les forces et l'embonpoint diminuèrent; le malade s'affecta vivement, et après avoir continué pendant un certain laps de temps le traitement conseillé, il abandonna tout remède, et resta dans un état d'anxiété continuelle, de demi-marasme, avec fièvre lente irrégulière, jusqu'au 10 mars 1835, époque à laquelle il consulta M. Cabaret, de Saint-Malo, qui raconte ces faits. Après avoir constaté les symptômes ci-dessus énumérés, M. Cabaret acquit la preuve que le malade avait rendu quelques fragments de tænia; dès lors, ne conservant plus d'incertitude sur la nature de l'affection à laquelle le malade était en proie depuis si longtemps, il fit prendre 1 gramme d'extrait de fougère mâle et 60 grammes d'huile de ricin; le lendemain, des selles abondantes eurent lieu, mais on n'y aperçut aucune trace d'entozoaires.

L'inefficacité de ces deux moyens, dont l'emploi fut vainement réitéré, détermina M. Cabaret à prescrire la décoction de 60 grammes de l'écorce sèche de racine de grenadier dans 1,000 gramm. d'eau, réduite à 500 gramm. Cette préparation ne produisit que des coliques et plusieurs selles, sans expulsion d'aucun fragment de tænia; la même médication, répétée le surlendemain, ne fit pas obtenir un succès plus décisif. On laissa passer quelques jours, après lesquels une décoction de 48 grammes d'écorce fraîche de racine de grenadier dans un kilogramme d'eau, jusqu'à réduction de moitié, fut donnée en trois verres, administrés de trois quarts d'heure en trois quarts d'heure. Pendant l'administration du médicament, le malade éprouva quelques vomissements, des coliques, quatre à cinq selles. Après la troisième dose, envie pressante d'aller à la garderobe, douleur pongitive au-dessus du rectum, et bientôt expulsion d'un gros peloton, précédé et suivi de matières muqueuses; c'était un tænia dans un état parfait d'intégrité, et ayant dix-huit pieds de longueur. Depuis lors, la position du malade devint satisfaisante; tous les symptômes qui dépendaient de la présence du tænia se dissipèrent entièrement et firent place à une santé excellente, qui, jusqu'à présent, ne s'est pas démentie. (*Jour. de la Soc. de méd. prat. de Montpellier*, mars 1846.)

TUMEURS FONGUEUSES SOUS L'ONGLE (*Du diagnostic et du traitement de certaines*). La maladie que vient de signaler à l'attention des chirurgiens le docteur Roberty, de Marseille, s'observe rarement, à en juger par le silence des auteurs à son égard : voici le fait qui fixa l'attention de notre confrère. — Une jeune fille vient le consulter pour l'ongle du gros orteil d'un de ses pieds, qui paraissait incarné : son bord interne était recouvert de végétations qui suppuraient. M. Roberty les excisa, puis les cautérisa profondément avec le nitrate d'argent. Huit jours après, elles ont repullulé et sont plus volumineuses. La jeune fille accuse, en outre, de la douleur sous l'ongle du gros orteil de l'autre pied. Cet ongle est soulevé en bosse à son milieu et douloureux à la pression; une petite tumeur, d'un violet foncé, paraît l'avoir ainsi repoussé; le tissu unguéal est intact et transparent. En regardant l'orteil par son extrémité, on voyait que l'ongle était détaché dans son milieu. M. Roberty pratiqua une incision en V, enleva la portion triangulaire, et vit alors une tumeur du volume d'un pois, violacée, molle, et adhérant par un pédicule très-mince. Ce pédicule s'étant rompu, il s'écoula une grande quantité de sang; on cautérisa avec le nitrate d'argent, et un point de compression fut établi à l'aide de charpie. Trois jours après, la tumeur a un volume double, au moins, de celui qu'elle avait primitivement. Le chirurgien excisa la tumeur, et, avec elle, une partie du tissu sous-unguéal qui la supportait; puis il cautérisa avec le nitrate acide liquide de mercure. — Cette fois, la guérison fut définitive.

Instruit par ce résultat, l'auteur enleva le tiers interne de l'ongle du gros orteil de l'autre pied; il mit

ainsi à découvert une tumeur qui, en se développant en dehors du bord de l'ongle, avait passé par-dessus, ce qui avait fait croire à son incarnation. L'excision et la cautérisation furent pratiquées comme il vient d'être dit. — La guérison fut promptement obtenue.

Cet exposé suffira pour faire comprendre toute la différence qui existe, au point de vue de la lésion anatomique, entre l'ongle rentré dans les chairs, proprement dit, et la maladie dont il est ici question.

On comprendra, dès lors, la différence des procédés thérapeutiques qui devront être suivis dans l'un et l'autre cas. (*Arch. médic. du Midi*, février 1845.)

VARIÉTÉS.

Dans la séance du 16 mars, l'Académie des sciences a procédé au scrutin à la nomination d'un correspondant dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Lallemand, nommé membre titulaire. La liste de présentation dressée par la section était la suivante : 1° M. Sédillot, professeur à la Faculté de Strasbourg ; 2° M. Serres, professeur à la Faculté de Montpellier; 3° *ex æquo*, MM. Hermann, à Strasbourg, et Bonnet, à Lyon ; 4° MM. Lesauvage, à Caen, et Guyon, en Afrique. M. Sédillot a été nommé au premier tour de scrutin par 31 suffrages, M. Serres a eu 8 voix.

Nous avons gardé le silence sur les merveilleuses choses que M. Lallemand a fait répéter partout, touchant les eaux de Vernet-les-Bains, honorées de la présence d'Ibrahim-pacha. Il n'est pas jusqu'à la phthisie, constatée par l'auscultation, qui ne guérisse, suivant lui, par l'usage de la vapeur sulfureuse de ses établissements. Le médecin-inspecteur de ces eaux, M. A. Bertrand, écrit à la *Gazette médicale de Montpellier* (12 mars 1846, que l'opinion de M. Lallemand est contraire à la vérité, ainsi qu'aux faits qui se sont passés sous ses yeux pendant sept ans. Il cite plusieurs phthisiques qui ont succombé au Vernet ou peu de temps après l'avoir quitté. Quant à la prétention qu'affiche M. Lallemand, dit-il, de vouloir déposséder l'Italie de son beau ciel et de son magnifique climat en faveur du Vernet, personne n'aura pris au sérieux ce langage oriental, et M. Lallemand moins que personne, « car en ce moment on y est entouré de neige. » (25 février.) Quant à M. Bertrand, il pense que le Vernet et ses eaux n'offriront quelque gage de succès aux malades qui les fréquenteront, et surtout aux phthisiques, qu'en juin, juillet, août et septembre.

La Société de médecine de Nîmes a remis au concours pour 1847 la question suivante : « Apprécier la valeur réelle des services rendus par *l'étude des lésions matérielles* dans le traitement des maladies du système lymphatique. » Le prix est une médaille d'or d'une valeur de 100 fr. Les Mémoires doivent parvenir *franco* avant le 1er mars 1847, à M. le docteur Vospier, secrétaire de la Société à Nîmes.

M. le professeur Hip. Royer-Collard, que l'état de sa santé a tenu éloigné de la Faculté depuis près de deux ans, a exprimé l'intention de reprendre cet été le cours d'hygiène qu'il professe avec tant de distinction.

Il est question d'ériger un hôpital civil à Constantinople. Il serait construit aux frais de la sultane mère. Quand il sera terminé, l'État se chargera de son entretien.

L'Académie de médecine, dans sa séance du 17 mars, a décidé par acclamation qu'elle souscrivait en corps pour le monument à élever à Bichat. Il est décidé que chaque membre fait l'abandon d'un jeton de présence, ce qui portera la souscription de l'Académie à la somme de 450 fr. environ.

Le concours pour la chaire d'anatomie, près la Faculté de médecine de Paris, s'est terminé le 6 mars par la nomination de M. Denonvilliers qui, au troisième tour de scrutin, a réuni 9 voix sur 12. MM. Chassaignac, Gosselin, Bourgery, se sont distingués dans ce concours.

Pendant l'année 1845, il a paru en France 2,857 publications médicales, sans compter les journaux de médecine, qui sont au nombre de soixante environ.

L'Académie de médecine vient de faire une nouvelle perte dans la personne de M. Virey, ancien professeur au Val-de-Grâce, ancien député et officier de la Légion-d'Honneur. Il est mort subitement à l'âge de soixante-onze ans. M. Soubeiran a rappelé dans un discours simple et touchant, prononcé sur sa tombe, les qualités et les vertus de M. Virey.

La population a plus que doublé à Lyon depuis quelques années, et le nombre des lits est resté à peu près le même dans les hôpitaux. Aussi ces établissements sont-ils, sous tous les rapports, insuffisants. Au commencement du mois de mars, si l'on en croit un journal de Lyon, on aurait refusé plus de cent malades à l'Hôtel-Dieu, faute de lits.

La clientèle d'un médecin peut-elle faire l'objet d'un contrat de vente? Un jugement de la 3e chambre du tribunal civil de la Seine, en date du 26 février 1846, vient de répondre par la négative. M. Anquetin, médecin à Vayrières, avait vendu sa clientèle, qu'il avait déclaré lui rapporter 4,000 fr. d'honoraires, à M. Argentier, moyennant la somme de 2,000 fr. Ce dernier s'engageait de plus à occuper la maison de M. Anquetin, moyennant 400 fr. par an. M. Argentier ayant refusé de remplir ses engagements par la raison que les avantages annoncés par son prédécesseur n'étaient pas exacts, il a été actionné devant le tribunal, qui, après plaidoiries et délibéré, a rendu le jugement suivant : « Attendu que la clientèle des médecins dépend de la confiance qu'ils inspirent et du choix que font d'eux les malades; attendu qu'aux termes des articles 1126 et 1598 du Code civil tout contrat doit avoir pour objet une chose qu'une partie s'engage à donner, et, en outre, attendu qu'il faut que cet objet soit dans le commerce; attendu que la confiance ne peut pas se donner et n'est pas dans le commerce; attendu, en ce qui touche le bail, que les deux conventions sont simultanées; que l'une n'est que l'accessoire de l'autre, et que, l'une n'exis-

tant plus, l'autre ne saurait exister davantage; par ces motifs, déclare nulle la vente susdite et annule toutes les autres conditions.

Un arrêté ministériel récent confirme M. Coze dans ses fonctions de doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg. On sait que les doyens des Facultés sont nommés pour cinq ans.

Nous avons annoncé dernièrement que le portrait de Bichat devait être placé dans les galeries historiques de Versailles. Voici la lettre que M. de Montalivet, intendant-général de la liste civile, vient d'adresser à ce sujet (8 mars 1846) à M. de Salvandy, ministre de l'instruction publique.

Monsieur le Ministre,

Vous avez bien voulu m'informer par votre lettre en date du 9 février dernier, que le Congrès médical, dans une de ses solennelles et publiques réunions, avait exprimé le vœu que le buste de Bichat fût placé au musée de Versailles.

Je m'empresse de vous annoncer, monsieur le Ministre, que le roi a daigné accueillir avec bienveillance le vœu du Congrès médical, et Sa Majesté m'a autorisé à donner les instructions nécessaires pour que le buste de l'illustre savant, si prématurément enlevé à la science dont il était l'honneur, soit prochainement placé dans les galeries ouvertes à toutes les gloires de la France.

Je me félicite, monsieur le Ministre, de ce qu'en réclamant mon intervention dans cette circonstance, vous m'ayez fourni l'occasion de m'associer au noble sentiment dont vous vous étiez rendu l'organe auprès de moi.

On prépare en ce moment le projet de loi qui doit être présenté aux Chambres pour régler l'exercice de la médecine vétérinaire en France.

On sait que dans plusieurs hôpitaux de France, le service de la pharmacie est encore confié à des religieuses qui manquent le plus souvent des connaissances qui leur seraient le plus nécessaires. Déjà on a signalé des accidents fort graves survenus à la suite de méprises de leur part. M. Duchâtel, ministre de l'intérieur, pour remédier en partie à cet état de choses, vient d'enjoindre aux préfets de veiller à ce qu'à l'avenir les administrateurs des hôpitaux qui n'ont pas de pharmacien fassent prendre dans les pharmacies de la ville les préparations officinales prescrites aux malades, les sœurs ne devant plus s'occuper que des préparations magistrales, qui offrent beaucoup plus de simplicité.

Par suite de la nomination de M. Boyer à Montpellier, la chaire de physiologie est vacante à la Faculté de Strasbourg. C'est M. le docteur Küss, agrégé, qui a été désigné pour faire le cours cet été. Le concours pour cette chaire n'aura vraisemblablement pas lieu avant le mois de novembre.

M. Ordinaire a été nommé professeur-adjoint de pathologie externe à l'École secondaire de médecine de Besançon.

Le Sénat académique de Leipzig vient d'adresser à la seconde Chambre des États de Saxe une pétition en faveur de la réforme de l'organisation médicale.

Une souscription est ouverte à Rouen et à Paris pour élever une statue au docteur Flaubert, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, que la science vient de perdre.

Nous nous sommes jusqu'ici abstenu de parler d'Angélique Cottin, présentée à l'Académie des sciences, et qui offrait, disait-on, la faculté de renverser à distance les objets, de briser une chaise, etc. On avait cru sérieusement à une puissance électrique développée accidentellement chez elle, et analogue à celle que l'on rencontre normalement chez la torpille. Mais, examen fait devant une Commission nommée par l'Institut, sur la demande de M. Arago, il a été reconnu que cette pseudo-torpille ne devait être regardée, quant à présent, que comme une jeune fille qui s'est laissée aller au désir de faire un peu de bruit. Aussi les membres de l'Académie n'ont pu rien voir, ni constater, si ce n'est une supercherie évidente dans l'expérience des deux pôles d'un aimant. Il est probable que cette demoiselle a jusqu'ici trompé tout le monde.

Il s'est formé dans les États-Unis d'Amérique une association des médecins en chef des établissements d'aliénés, dans le but de faire progresser cette branche de la pathologie et de mettre en commun tous les perfectionnements. Le président est Samuel B. Woodward, du Massachusetts; vice-président, Samuel White; secrétaire et trésorier Thomas S. Kirkbride. — Seize Commissions de trois membres ont été nommées pour faire des rapports sur autant de questions importantes concernant la folie. Ces rapports devront être prêts lors de la prochaine réunion de l'association qui aura lieu à Washington le second lundi du mois de mai 1846.

Le Musée d'anatomie pathologique de la Faculté de Strasbourg est l'un des plus riches établissements de ce genre que la France possède. Une direction intelligente et des efforts persévérants maintiennent sa supériorité. Chaque année des accroissements nouveaux élargissent ses cadres. M. le professeur Ehrmann vient de faire connaître, dans un rapport à la Faculté de médecine, les augmentations réalisées depuis trois ans. Le chiffre total des nouvelles préparations tant séchées que conservées dans l'esprit-de-vin, s'élève à 186, et si l'on y ajoute les pièces en carton-pierre de M. Thibert, représentant les affections syphilitiques et les maladies de la peau, les pièces d'anatomie chirurgicale de MM. Chaillou et Carteaux, enfin les plâtres du docteur Robert, qui sont au nombre de 94, cela forme un total de 280 numéros, dont le musée d'anatomie pathologique de Strasbourg s'est enrichi depuis trois ans.

Aliénés en Angleterre. — Le 1er janvier 1845, il y avait en Angleterre et dans le pays de Galles réunis, 7,650 aliénés et 7,072 idiots, en tout, 15,352, sur lesquels 3,611 étaient enfermés dans les asiles du comté, 3,614 dans les établissements autorisés, 4,171 dans les maisons de travail, enfin, 4,956 étaient dans leurs familles.

Mouvement des hôpitaux de Paris pendant 1845. Le chiffre des malades existant en traitement dans les hôpitaux de Paris a varié, dans les douze mois de 1845, entre 11,261, chiffre minimum (novembre), et 12,576, chiffre maximum (mars). Le chiffre des malades ou infirmes a varié dans les hospices entre 11,417 (août), et 11,643 (décembre). On voit par là que la population malade soignée dans les hôpitaux et hospices a été à Paris constamment de 22 à 23,000.—Le mouvement des entrées a été, dans l'année 1845, de 88,814 malades, et les sorties, prises en général comme les entrées, ont été de 79,042. Le nombre des décès a été, dans tous ces établissements, de 9,666, dont 6,875 morts dans les hôpitaux, et 2,791 dans les hospices. La mortalité la plus forte dans les hôpitaux a été pendant le trimestre de janvier (1,958) ; la plus faible, pendant le trimestre de juillet (1,516).

Cinquante-huit pharmaciens ont été reçus pendant l'année 1845 par les jurys médicaux; vingt-six dans la circonscription de la Faculté de Paris, vingt-six dans la circonscription de Montpellier, et six seulement dans celle de Strasbourg.

Affaire des dentistes. La Cour royale de Paris a confirmé le jugement du tribunal correctionnel de la Seine relatif aux dentistes, que nous avons rapporté. Dorénavant, on ne pourra donc plus exercer cette profession sans être muni d'un diplôme, et l'esprit de la législation est fixé.

Il s'est formé, il y a quelque temps, en Lombardie, une société de secours pour les médecins et chirurgiens, pour leurs veuves et leurs enfants. Cette institution, qui prend tous les jours un plus grand développement, est analogue à l'association des médecins de Paris et aux diverses associations d'arrondissements qui couvriront, je l'espère, bientôt toute la France. Le fonds social de l'association des médecins lombards était, le 31 décembre 1845, de 17,158 livres d'Autriche.

Un legs de 835,000 francs vient d'être fait aux hôpitaux de Paris par Mme de Leucquesaing, sur lesquels 100,000 francs devront être employés au soulagement des pauvres des douze arrondissements de Paris. Le conseil général des hôpitaux a décidé que ce legs sera appliqué à la construction et à l'ameublement de l'un des pavillons du nouvel hôpital Louis-Philippe, et que ce pavillon portera le nom de cette bienfaitrice des pauvres.

M. Michel Levy, professeur d'hygiène au Val-de-Grâce, vient d'être nommé médecin en chef et premier professeur de l'hôpital d'Instruction de Metz.

M. le docteur Parizot, suppléant près l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy, est nommé professeur adjoint de pathologie externe en remplacement de M. Roussel, promu à la chaire d'accouchements.

La variole sévit à Saint-Omer. On attribue cette épidémie à la non-exi-

gence dans cette ville, depuis quelque temps, du certificat de vaccine pour l'admission des enfants dans les écoles publiques ou les salles d'asile. Cette négligence de l'autorité est impardonnable.

Il vient de se former à Madrid une association de secours mutuels entre les élèves en médecine. Le but de cette institution est de secourir les associés dans le cas d'emprisonnement pour des causes non infamantes et de leur procurer des honneurs funèbres en cas de décès.

M. de Salvandy, ministre de l'instruction publique, toujours sympathique à tout ce qui touche aux intérêts et à la gloire du corps médical, vient de souscrire pour 200 fr. au monument que le Congrès a voulu élever sur la tombe de Bichat.

Si l'on en croit les journaux politiques, on ferait en ce moment, à l'Ecole vétérinaire de Lyon, des expériences très-importantes sur la rage et son traitement. Cinq chiens auraient été mordus par un autre chien chez lequel la rage était bien constatée. On aurait soumis trois de ces chiens, pris au hasard, au traitement proposé par une personne étrangère à l'Ecole. Ces trois animaux auraient été préservés de la rage, tandis que le mal s'est déclaré avec violence chez les deux autres, le premier et le cinquième, et qui sont morts dans les convulsions de l'hydrophobie. Ces faits méritent confirmation.

La démission que M. Orfila avait donnée de membre du conseil général des hôpitaux, par suite d'un différend au sujet des cliniques de la Faculté, n'a pas été acceptée par le conseil. Nous nous en applaudissons vivement, tant à cause du mérite de M. Orfila, que parce qu'il est le seul médecin qui soit membre du conseil général des hôpitaux.

L'Académie de médecine s'occupe en ce moment du sujet le plus important et le plus grave, de la peste, de la contagion et de toutes les questions qui s'y rattachent. Chacun écoute avec un puissant intérêt le remarquable et consciencieux rapport de M. Prus, au nom d'une Commission de quinze membres qui, depuis deux ans, a eu à compulser et à apprécier les volumineux documents qui lui ont été fournis, et ceux plus précieux encore, que quelques membres de la Commision, et M. Prus entre autres, ont été recueillir eux-mêmes à Marseille et sur le littoral de la Méditerranée. — L'on sait que l'Angleterre et l'Autriche ont déjà modifié leurs lois sanitaires, et réduit le temps des quarantaines, laquelle compte à dater du départ des navires des lieux suspects et ne dure au plus qu'un temps égal à la durée du voyage. — Rien ou presque rien n'a été fait en France à cet égard. La question est des plus graves, et l'on ne peut prendre un parti à la légère ; car si les intérêts de notre commerce souffraient des quarantaines, il ne faut pas oublier la responsabilité énorme des mesures qui ne reposeraient pas sur un jugement approfondi de tout ce qui concerne la transmissibilité de la peste. — Nous aurons à parler du rapport de M. Prus, lorsqu'il en aura terminé la lecture.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

REMARQUES PRATIQUES SUR QUELQUES POINTS DU TRAITEMENT DES AFFECTIONS PAPULEUSES ET SUR L'EMPLOI DANS CES CAS D'UNE POMMADE CRÉOSOTÉE.

Notre intention, en traitant ici du lichen et du prurigo, n'est point de faire l'histoire de ces affections, pas même d'embrasser dans toute son étendue la thérapeutique que l'on doit opposer à ces maladies; cela se trouve partout : nous nous proposons uniquement dans cette note d'indiquer un moyen qui, plus qu'aucun autre, nous a paru propre à mettre fin à ces affections quand elles sont devenues une sorte d'habitude morbide invétérée de l'appareil tégumentaire externe, et contre laquelle les moyens ordinairement employés se montrent impuissants.

Les auteurs modernes, par la distinction des lésions élémentaires qui constituent la classe importante des maladies cutanées, ont sans aucun doute servi la science; et, en nous exprimant ainsi, nous ne pensons pas, avec M. Baumès et d'autres, que c'est là un simple progrès de l'histoire naturelle de la maladie, un simple perfectionnement apporté dans la description graphique d'un ordre donné de lésions pathologiques. Bien que dans la thérapeutique des maladies cutanées on soit loin d'avoir réalisé ce que semblait devoir promettre une notion plus complète de l'élément anatomique qui les constitue, il faut convenir cependant que depuis que les médecins sont en possession de cette notion importante, la thérapeutique de ces affections est devenue beaucoup plus rationnelle. Dans les cas mêmes où un traitement propre à faire disparaître le mal est encore à déterminer, nous savons au moins que les moyens autrefois employés, d'une manière banale, pour combattre les lésions les plus différentes, sont ou inefficaces ou dangereux. C'est là un progrès dont les censeurs aveugles de la médecine moderne ne veulent pas tenir compte, mais que nous avons le droit de proclamer hautement.

Que, partisan des idées doctrinales de Lorry, de MM. Gibert, Baumès, etc., on admette que dans presque toutes les maladies de la peau il y a une affection interne qui les commande et leur impose la forme sous laquelle elles se traduisent à l'observation; ou que, n'admettant ces idées qu'avec une grande restriction, on fasse surtout consister la maladie dans le traumatisme cutané, toujours est-il qu'on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'il y a une époque, dans un bon nombre de cas de ces

maladies, où ce traumatisme, cette localisation morbide cutanée, se montre indépendant du jeu interne de la vie, et appelle surtout une médication topique pour disparaître. C'est principalement lorsqu'on étudie les affections de ce point de vue essentiellement pratique, que l'on conçoit l'utilité des classifications modernes qui prennent pour base fondamentale les lésions élémentaires qui constituent ces affections. On conçoit, en effet, que ce n'est point là uniquement de la médecine pittoresque, ainsi que l'a dit quelque part un antidermatologiste : la forme spéciale par laquelle se traduit une affection donnée de l'appareil tégumentaire annonce une modalité spéciale dans les propriétés par lesquelles la vie locale se révèle : on conçoit dès lors que les modificateurs par lesquels on se propose de rappeler à son type normal la vie troublée dans ces tissus doivent varier comme la forme même de la maladie à laquelle ils s'appliquent. Il ne s'agit point ici de spécifiques, comme la vaccine, le mercure, le quinquina, le seigle ergoté, etc.; il s'agit seulement d'un traumatisme externe, auquel doit être opposée une sorte de chirurgie médicale.

Parmi les maladies cutanées auxquelles s'appliquent les réflexions qui précèdent, il faut sans aucun doute placer le prurigo, et le lichen, qui forment l'ordre des affections papuleuses. Quand ces maladies se produisent sous la forme aiguë, il n'est point douteux, dans notre opinion, qu'elles ne se lient à un trouble du jeu interne de la vie; ce qui le prouve, c'est l'influence qu'exerce sur elles un changement profond dans le régime général des malades : ce qui le prouve encore, c'est le mode de traitement même qu'on leur oppose dans de pareilles conditions. Mais en est-il de même lorsque ces affections affectent une marche essentiellement chronique, et semblent être devenues une sorte d'habitude morbide de l'organe qui en est le siége? Etudiez les individus qui se rangent dans cette catégorie, et quand le mal existera depuis longtemps, vous vous assurerez que les changements qu'apportent nécessairement, dans la constitution, l'âge et toutes les révolutions de la vie, n'exercent sur lui aucune influence. C'est qu'alors la maladie est devenue essentiellement locale, c'est que la maladie ne dépasse point les limites de l'organe dans lequel elle siége, c'est qu'elle n'a aucune racine dans les grands foyers de la vie : c'est un traumatisme anatomique pur, qui n'appelle qu'une simple médication topique.

Quand la maladie se présente dans cet état de simplicité, il n'existe aucune solidarité entre la localisation morbide que vous avez sous les yeux et les autres appareils de la vie. Il n'en est pas de même dans les conditions opposées. Bateman a remarqué que le lichen se montre souvent à l'état aigu chez des individus sujets à la céphalée ou à des dou-

leurs gastralgiques, et que cette éruption devient dans ces cas la crise de l'un et l'autre de ces accidents. Nous avons nous-même observé plusieurs cas de ce genre : il en est un surtout qui a vivement fixé notre attention, et que nous allons succinctement rapporter ici.

M. l'abbé Thilloy, âgé de trente-cinq ans, est sujet depuis longtemps déjà à des douleurs vives, qui se font sentir tantôt à l'estomac, tantôt à la tête. Pendant les dernières années qu'il passa au séminaire, ces douleurs se produisirent à des intervalles plus ou moins éloignés, et sans aucun autre accident concomitant. Plus tard, il devint sujet à un lichen simple de la face, qui durait sept à huit jours environ. Or, nous l'avons l'un et l'autre maintes fois observé, cette éruption devenait une véritable crise pour l'état de l'estomac, et affranchissait pour un temps plus ou moins long cet organe du trouble d'innervation auquel il était sujet. Cette solidarité fonctionnelle entre le principal organe de la digestion et la peau de la face une fois bien constatée, le traitement s'en déduisait naturellement. Quelque aiguë que se montrât l'éruption, comme dans aucun cas elle ne pouvait entraîner de conséquences funestes, et que d'un autre côté l'affranchissement de l'estomac se mesurait et sur l'intensité et sur la durée de l'affection critique, nous nous bornâmes constamment à une simple médication expectante. Nous avons perdu de vue depuis quelque temps ce malade : nous avons su seulement par voie indirecte qu'il était devenu sujet à des épistaxis abondantes, qui l'ont délivré de son éruption périodique; mais nous ignorons si cette nouvelle servitude physiologique agit aussi favorablement sur la disposition gastralgique du malade.

Mais revenons aux affections papupuleuses chroniques, qui sont l'objet essentiel de ce travail. Nous croyons avec Biett, MM. Cazenave et Schedel, que l'on a singulièrement exagéré les tortures auxquelles le prurigo invétéré soumet les individus qui en sont atteints. L'impatience des hommes pour la souffrance, comme les exagérations poétiques de quelques dermophiles, ont contribué à fausser la didactique médicale sur ce point. Cependant il n'est pas très-rare de rencontrer des individus chez lesquels la maladie existant depuis longtemps, et incessamment aggravée par une diététique mal entendue, ou des excès de diverses sortes, se présente avec tous les caractères d'une torture véritable. Il faut que la passion qui pousse l'homme à rechercher des sensations de plaisir soit bien puissante, pour qu'il s'efforce de se procurer celles-ci au prix d'aussi atroces douleurs. Voici un fait que nous avons eu dernièrement occasion d'observer, qui prouve la vérité de cette remarque, en même temps qu'il établit d'une manière positive l'efficacité d'une médication exclusivement topique.

Le nommé Petit, âgé de cinquante ans, adonné depuis longues années à des excès alcooliques, est tourmenté depuis deux ans d'un prurigo qui, après avoir débuté par le cou, la partie supérieure et postérieure de la poitrine, a successivement envahi la presque totalité de l'enveloppe cutanée. Bien que son expérience lui ait maintes fois appris que chaque fois qu'il se livre à quelque excès extraordinaire il en est immédiatement puni par une exaspération de ses souffrances habituelles, Petit n'en continue pas moins ses libations bachiques. Le jour, les douleurs sont ordinairement moins vives que la nuit : dès qu'il est au lit et que la réaction s'est établie, celles-ci se font sentir vives, continues. C'est en vain que le malade, dominé par la souffrance, se frotte ou se fait frotter les points les plus douloureux avec des brosses dures, du linge grossier, ou s'inonde de sang en se grattant avec une sorte de furie, il n'obtient, à l'aide de ces diverses manœuvres, qu'un calme passager; au bout de quelques instants, la douleur reparaît plus générale, plus vive, plus poignante encore. Le sommeil est impossible, Petit se tourne et se retourne incessamment, espérant toujours trouver une position meilleure, qui le fuit toujours; dix fois il se jette en bas de son lit, et se promène au milieu de sa chambre; parfois il parvient à tempérer momentanément l'acuité de ses souffrances, en lotionnant avec de l'eau froide les points de la peau où la sensibilité est le plus exaltée; mais bientôt la réaction qui suit lui fait payer chèrement le calme fugitif qu'il vient de se procurer à la faveur de ce moyen. Lorsque nous examinâmes le malade pour la première fois, nous trouvâmes la peau partout couverte de papules confluentes, et parsemée de gouttelettes de sang desséché. Sur plusieurs points les papules se sont converties en véritables pustules rouges, enflammées. Après avoir recommandé au malade l'abstinence complète du vin et de l'eau-de-vie, nous lui pratiquâmes une saignée du bras abondante et proportionnée à la force de la constitution, et le mîmes à l'usage de boissons abondantes et d'une nourriture ténue. La saignée n'apporta aucun amendement à l'état du malade : la nuit qui suivit immédiatement ramena les tortures ordinaires; comme les jours précédents, Petit ne goûta quelque temps de sommeil que vers les quatre ou cinq heures du matin. Nous crûmes devoir recourir dès lors à l'usage des opiacés : l'opium, employé à la dose de cinq centigrammes dans une pilule, engourdit un peu le système nerveux, de façon à produire un plus grand besoin de sommeil, plutôt que le sommeil lui-même; on ajouta ainsi une nouvelle torture à celle des démangeaisons affreuses dont la plus grande partie de l'enveloppe cutanée était le siége. C'est alors que nous crûmes devoir recourir aux préparations soufrées (sulfure de chaux délayé dans l'huile,

méthode Pihovel.); ce moyen, continué pendant huit ou dix jours, échoue complétement.

Autant qu'il est permis à un homme dominé par la passion abrutissante du vin de se commander à lui-même sur ce point, nous croyons l'avoir obtenu de Petit : cependant le mal résiste opiniâtrément à tout ce que nous lui opposons. Le long terme depuis lequel la maladie existe ne nous permet point de douter que le mal ne soit surtout local. Plein de cette conviction, nous nous décidons à recourir à une modification plus énergique du système cutané. Le malade est mis à l'usage d'une pommade composée (d'axonge, trente-deux grammes, et créosote, un gramme). Tous les jours le malade se frictionne à l'aide de cette pommade les points de la peau où l'éruption a son plus haut degré d'intensité : il évite seulement les points où l'inflammation est la plus vive. Ces frictions sont exactement continuées pendant cinq ou six jours : la seconde nuit qui suit leur emploi est déjà beaucoup plus calme que les précédentes. Ce résultat est expliqué par l'amélioration remarquable survenue dans l'organe malade. Les papules sont moins saillantes, elles sont comme desséchées. Le malade y éprouve beaucoup moins de douleur, la chaleur du lit, du feu n'est plus l'occasion de ces souffrances atroces qui jetaient le malade dans une sorte de fureur. Enfin bientôt la peau se nettoie complétement, Petit recouvre le sommeil depuis si longtemps perdu : la maladie est complétement guérie.

Une chose qui m'a toujours frappé chez ce malade, c'est qu'au milieu des exacerbations les plus vives de ses souffrances, la fièvre proprement dite ne s'est jamais allumée : les fonctions digestives n'offraient d'autre trouble qu'une diminution d'appétit, et peut-être un moindre besoin des stimulants énergiques dont depuis si longtemps le malade avait contracté la funeste habitude. Nous ne doutons pas que cet amendement dans les habitudes vicieuses du malade n'ait eu sa part dans la disparition du mal ; mais l'effet de la médication topique employée a été si rapide et si complet, qu'il nous semble impossible de ne point admettre que nous avons trouvé dans la créosote la modification allopathique la plus appropriée à la sensibilité morbide, au vice local qu'il s'agissait de faire disparaître.

Il est un principe qu'il ne faut jamais oublier quand il s'agit des maladies de la peau qui, par le long temps depuis lequel elles durent, semblent être devenues une véritable habitude pathologique, c'est qu'il en est un peu ici comme dans les maladies nerveuses, ce n'est bien souvent qu'en tâtonnant qu'on arrive au modificateur propre à rendre à l'organe malade sa vie normale. Nous sommes loin d'approuver en tout les idées théoriques parfois un peu excentriques de M. Baumès en

pathologie cutanée. Il y a là cependant quelques données saines auxquelles nous nous plaisons à rendre justice, et qui révèlent le praticien qui a vu et bien vu. Voici un court passage de son livre, où il indique cette sorte de progression empirique qu'il faut suivre dans l'emploi des modificateurs locaux applicables aux affections papuleuses, c'est le même principe exprimé sous une autre forme : « Après avoir calmé l'irritation, les démangeaisons par les moyens indiqués, dit-il, après avoir employé les fumigations, les bains entiers, rendus plus ou moins adoucissants par l'amidon, la gélatine, les décoctions d'espèces émollientes, etc., il faut généralement commencer par les pommades camphrées, laudanisées, goudronnées, si la maladie cutanée offre encore de l'irritation; puis avoir recours aux pommades soufrées, saturnisées, aux pommades avec diverses préparations mercurielles, presque toujours additionnées de camphre et même de laudanum; aux pommades avec le sous-carbonate de potasse, de soude, etc., qui modifient quelquefois très-avantageusement ce genre d'éruption. On emploie d'abord les plus faibles, et on marche progressivement jusqu'à la plus forte(1). »

Nous admettons, nous le répétons, la pratique que vient de formuler le savant médecin de Lyon : mais nous entendons un peu autrement le principe sur lequel cette pratique se fonde. Dans cette série de moyens qu'il faut si souvent employer pour arriver à la guérison d'une maladie invétérée de l'enveloppe cutanée, nous ne voyons pas seulement une progression plus ou moins habilement graduée dans l'énergie des modificateurs, nous y voyons encore un tâtonnement empirique qui conduit quelquefois au modificateur qu'appelle la sensibilité particulière, l'état organique spécial de la peau dans un cas donné.

C'est ce principe qui nous empêche de présenter le moyen dont nous signalons ici l'efficacité comme un moyen qui doit réussir dans tous les cas. La créosote et ses préparations ne développent pas plus ici des propriétés spécifiques que les sels alcalins, ou les préparations soufrées. Ce n'est que quand l'éruption papuleuse est passée à l'état chronique que cette substance nous paraît modifier avantageusement l'enveloppe cutanée malade : elle nous paraît surtout agir comme une sorte de cautérisation lente, qui dessèche, momifie, si nous pouvons ainsi dire, la surface du tissu avec lequel elle est mise en contact.

Les préparations créosotées ne nous paraissent pas agir d'une autre façon dans le lichen que dans le prurigo. Les faits que nous avons observés, et dans lesquels nous avons vu ce topique agir favorablement

(1) *Nouvelle Dermatologie* ou Précis théorique et pratique des maladies de la peau, Ier vol., p. 534.

ne nous semblent pas au moins autoriser une autre explication. Qu'on nous permette de citer quelques faits de ce genre, qui justifient cette double assertion.

Le nommé Lemaître, âgé de soixante-dix-huit ans, d'une constitution forte, est soumis à une alimentation mauvaise, insuffisante. Manquant en même temps de linge, il croupit souvent dans une malpropreté repoussante. Sous l'influence de ces conditions, il a été atteint d'un lichen qui a surtout son siége à la partie postérieure du cou. Il y a cinq ou six mois que cet homme est atteint de cette éruption, qui lui cause des démangeaisons très-vives, et le prive même en partie de sommeil, lorsqu'il est soumis à notre observation. Les caractères de la maladie ne sauraient laisser aucun doute sur sa nature. L'éruption consiste essentiellement en papules fort petites, irrégulièrement agglomérées, qui présentent à l'œil une teinte un peu jaune, et donnent au toucher l'impression de saillies dures, dont la peau est parsemée. Quelques-unes ont une étendue plus considérable, sont plus rouges, et appartiennent plutôt au lichen urticatus. Nous soumettons immédiatement le malade à des frictions avec la pommade créosotée, dont nous avons indiqué plus haut la composition. En quelques jours, toute démangeaison a disparu, des écailles furfuracées se détachent des points malades, et la peau ne conserve plus qu'une sorte d'hypertrophie partielle.

Quelque temps après, un autre vieillard, placé dans les mêmes conditions, et présentant la même éruption à la région cervicale postérieure, est soumis au même traitement, et on obtient rapidement le même bénéfice.

Poursuivant le cours de ces expériences, nous avons appliqué le même moyen chez une femme âgée de quatre-vingts ans, et chez laquelle la même éruption avait paru et disparu successivement un grand nombre de fois. La créosote agit encore dans cette circonstance avec une rapidité assez remarquable; mais le mal s'est bientôt reproduit. Quoique nous ayons opposé deux fois à la maladie les frictions créosotées, l'éruption a encore reparu, et continue toujours de tourmenter la pauvre patiente.

Enfin, nous rappelant que le docteur Hiff avait avant nous employé la créosote dans le porrigo, nous voulûmes l'essayer dans un cas d'impetigo du cuir chevelu, et dans un cas de *pithiriasis capitis ;* mais nous échouâmes complétement. Nous citons ces faits négatifs, pour que d'autres que nous ne tentent pas des expériences qui probablement n'aboutiraient à aucun résultat favorable. Nous ajouterons même ici que le cas de pithiriasis dont nous venons de parler nous était offert par une dame de la société, qui ne nous sut pas un gré infini de l'avoir

soumise sans succès à l'emploi d'un médicament dont l'odeur est quelque peu désagréable.

Tels sont les principaux faits qui nous ont semblé suffisamment caractérisés pour nous autoriser à recommander l'emploi de la créosote dans le traitement local des affections papuleuses invétérées. Cette médication, dans les cas où nous croyons devoir la préconiser, nous paraît se rattacher à la méthode substitutive, ou altérante locale, dont les applications s'étendent chaque jour au profit des malades et à l'honneur de la thérapeutique qu'une doctrine étroite et fausse a trop longtemps immobilisée.

MAX SIMON.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA DIATHÈSE PURULENTE (FIÈVRE PUERPÉRALE, PHLÉBITE, INFECTION PURULENTE), AU MOYEN DE L'ACONIT.

Par M. J. P. TEISSIER, médecin des hôpitaux de Paris.

L'épidémie de métropéritonites puerpérales qui a sévi cruellement pendant ces derniers mois dans les hôpitaux de Paris et en ville, donne une assez haute importance à la note qu'un médecin distingué des hôpitaux de Paris vient de publier [1] sur le traitement de la diathèse purulente. En effet, M. Teissier, qui remplace momentanément M. Martin Solon à l'Hôtel-Dieu, annonce qu'il croit avoir trouvé dans l'aconit un traitement efficace contre cette désastreuse maladie. Il est donc de notre devoir de faire connaître ce traitement, afin que nos lecteurs puissent le juger.

On s'accorde à considérer la maladie désignée sous le nom de fièvre puerpérale comme identique à celle que l'on désigne sous les noms de phlébite, abcès métastatique, infection purulente, diathèse purulente. Comme sous ces divers noms il s'agit de la même maladie, peu importe, en dernière analyse, le mot que l'on emploie pour les dénommer.

M. Teissier, nos lecteurs le savent, a déjà beaucoup fait pour l'étude de cette grave question de pathologie. Son but a été de prouver que le système de phénomènes morbides de l'infection purulente constitue une maladie essentielle *sui generis*, indépendante de toute autre maladie, ayant par conséquent une existence pathologique propre et devant occuper sa place dans la nosologie.

Aujourd'hui M. Teissier aborde la partie la plus difficile de la question, le traitement de cette terrible maladie. L'on sait l'insuffisance de tous les moyens, de toutes les méthodes au moyen desquels on l'a com-

(1) *Gazette médicale*, 21 mars.

battue. D'après plusieurs observations consciencieusement recueillies, ce médecin, honorablement connu dans la science, a l'espoir d'avoir trouvé dans l'aconit un remède prophylactique et curatif des plus efficaces. Puissent les résultats qu'il annonce être vérifiés et confirmés. Laissons parler M. Teissier.

« La diathèse purulente débute quelquefois d'emblée, d'autres fois elle est précédée d'une maladie dont elle viendra entraver la marche : tel est par exemple le cas des blessures diverses, fractures compliquées, plaies avec dénudation des os, plaies simples, opérations sanglantes, etc. Dans ces dernières circonstances, la diathèse purulente est assez fréquente pour qu'on ait à en redouter l'invasion, même à la suite de la plus simple division des parties molles. Toutefois, on sait bien que la gravité des blessures, la contusion des parties lésées, la commotion générale ou partielle, sont des motifs de crainte tout particuliers. De ces deux modes d'invasion il résulte qu'un traitement bien ordonné serait à la fois curatif et préventif.

« *Traitement curatif.*—Avant toutes choses, il est bon de rappeler l'aphorisme d'Hippocrate : *Qui sufficit ad cognoscendum sufficit ad curandum, et è contrario*. Or, rien n'est comparable, sous le rapport de la difficulté du diagnostic, à la diathèse purulente. Elle présente un si grand nombre de lésions, et les habitudes organiciennes sont tellement enracinées, qu'ordinairement on prend la maladie qui débute pour une phlegmasie quelconque ; ensuite, quand les progrès de la maladie font voir autre chose, au lieu de mettre le doigt sur le mal en s'avouant que l'on s'est trompé, on cherche mille et une raisons pour expliquer cet état *vraiment extraordinaire ;* et quand on a jugé, en raison de tous ces graves phénomènes, qu'il y a évidemment *une profonde altération du sang*, ou quelque *grand empoisonnement*, quelque *terrible intoxication*, on abandonne le malade à son sort.

« La première condition du traitement est donc de laisser à la porte du malade et les profondes altérations du sang, et les grands empoisonnements, et les terribles intoxications. La maladie est bien assez difficile à suivre sans qu'on s'embarrasse l'esprit de ces lieux communs. On sait bien que, dans la diathèse purulente, le sang peut être transformé en pus : qu'en conclure? qu'il faut éviter cet accident comme les autres. D'ailleurs la maladie n'a pas besoin, pour tuer ceux qui en sont atteints, d'altérer et de transformer leur sang en pus ; les accidents généraux qui portent sur les forces naturelles et vitales, les suppurations des diverses parties suffisent pour amener ce résultat. Or, ce sont ces lésions, c'est cet état général qui fournissent les premières indications.

« La maladie débute-t-elle par une inflammation, quel que soit le siége de celle-ci, veine, articulations, membres, utérus, péritoine, plèvres, méninges, etc., il faut, autant que possible, s'en rendre maître par une médication antiphlogistique appropriée, et qui consiste :

« 1° Dans l'application, sur les foyers inflammatoires, de 20 à 30 sangsues, répétée plusieurs fois dans les quarante-huit premières heures ;

« 2° Dans l'immersion des malades dans des bains tièdes aussi longtemps prolongés et aussi souvent répétés que les forces des malades le permettent ;

« 3° Dans l'immersion des membres affectés dans des bains locaux tièdes pendant l'intervalle des grands bains et des applications de sangsues. Quand c'est impossible, on a recours aux topiques émollients. Quelquefois il est nécessaire de pratiquer une large saignée du bras au début de la maladie, si le malade est pris d'une fièvre intense, avec chaleur sèche à la peau, céphalalgie, face vultueuse, dureté et fréquence du pouls. On attend ensuite l'invasion des affections locales pour agir ; quelquefois celles-ci n'arrivent que le troisième jour ; dans ce cas, elles sont précédées de douleurs erratiques dans la continuité des membres ou même dans une ou deux articulations. Lorsque l'une de ces douleurs devient fixe et prédominante, on peut compter sur le développement d'un abcès et agir comme nous l'avons dit plus haut.

« Une fois le malade réduit à l'état lipothymique par cette énergique médication antiphlogistique, les accidents sont modérés, mais la maladie n'est pas terminée, et si l'on abandonne le malade au cours des événements, on voit de nouveau les accidents reparaître, et le malade succombe plus ou moins rapidement : dans ces circonstances il n'y a rien de bon à attendre ni de l'émétique à haute dose, ni de l'ipécacuanha à doses répétées, ni du calomel, lorsque la maladie est grave. J'ai plusieurs fois enrayé la maladie avec le sulfate de quinine, lorsque les frissons se répétaient d'une manière assez régulière ; mais cette médication est le plus souvent infidèle dans les cas graves.

« Voici le moyen qui m'a paru le plus efficace : lorsque le traitement antiphlogistique touche à sa fin, que le malade est dans cet état nerveux qui précède ou accompagne l'état lipothymique, j'administre l'alcoolature d'aconit de la manière suivante :

Prenez : Eau sucrée ou sirop simple	250	grammes.
Alcoolature d'aconit. . .	8	grammes.

« Mêler une cuillerée de cette liqueur à la boisson du malade, de ma-

nière qu'il ait pris au moins la moitié de la dose dans les vingt-quatre heures; continuer ensuite en augmentant ou en diminuant la dose, suivant la persistance des accidents ou suivant l'amélioration obtenue.

« En même temps on facilite la résolution des foyers inflammatoires par des onctions d'une pommade à l'iodure de plomb contenant 3 grammes de sel pour 30 d'axonge : on recouvre le linge qui sert à l'onction avec des cataplasmes de farine de graine de lin.

« En général, l'action thérapeutique de l'aconit n'est sensible qu'après douze heures de son emploi. Cette action consiste dans un rémission du mouvement fébrile, du malaise général et des accidents locaux.

« Si l'on cesse trop tôt l'usage du médicament, dont au reste on peut réduire la dose à 2 grammes dans les vingt-quatre heures lorsque la rémission se soutient; si, dis-je, on cesse trop tôt, les accidents reparaissent, et il faut se hâter d'avoir recours au médicament abandonné. Du reste, en général la maladie persiste, suit sa marche, offre ses symptômes et ses lésions, mais à un degré modéré; la différence capitale entre la diathèse purulente traitée par l'aconit et celle qui suit son cours naturel, c'est que la première est plus bénigne, quant à l'état général et quant à l'état local, que la dernière. La première m'a paru jusqu'ici se terminer assez promptement par la guérison, tandis que la seconde se termine promptement par la mort dans la très-grande majorité des cas. Voilà surtout en quoi la différence est capitale.

« Est-ce là une illusion? c'est ce que j'examinerai dans un instant. Poursuivons les indications.

« Lorsque la maladie est très-grave, comme à la suite des grandes opérations, comme dans la diathèse purulente épidémique des femmes en couches, il faut se hâter de recourir à l'aconit dès le début des accidents, et presser les doses. Ce n'est souvent que lorsque l'économie est pour ainsi dire saturée du médicament, que son action commence et s'annonce par une rémission appréciable et pour le médecin et pour le malade; du reste, l'expérience prononcera ultérieurement sur ces cas: ce n'est qu'après un grand nombre de faits qu'il sera possible d'arriver à la précision.

« *Traitement préventif.* — Nous avons signalé plusieurs des circonstances dans lesquelles on peut redouter l'invasion de la diathèse purulente, tel est le cas des plaies qui suppurent, des accouchements pendant une épidémie puerpérale. Chez les malades placés dans ces conditions, l'administration de l'aconit ne présente que des avantages; d'une part, chez les blessés, ce médicament modère et l'inflammation et la fièvre; de l'autre, chez la nouvelle accouchée qui ne nourrit pas son enfant, on ne voit pas *à priori* ce que pourrait avoir d'in-

convénient l'usage d'un gramme d'alcoolature d'aconit pris chaque jour dans la tisane. J'ai eu trop souvent l'occasion de donner ce médicament pour redouter un résultat fâcheux ; néanmoins l'expérience n'ayant point été faite pour les nouvelles accouchées, je dois me tenir sur la réserve. Il en est autrement des blessures, des phlegmons. Ici j'ai plusieurs fois conjuré un danger imminent de diathèse purulente, et je ne saurais trop appeler l'attention des chirurgiens sur ce traitement préventif; au lieu d'un régime banal, il serait fort simple d'administrer chaque jour à ces malades 1 gramme ou 2 d'alcoolature d'aconit dans un litre d'eau sucrée.

« A l'appui du traitement préventif que je viens de conseiller, il est inutile de citer des faits, attendu que son efficacité ne peut être réellement appréciée que lorsqu'il aura été employé sur une grande échelle, par exemple dans quelques services de chirurgie des hôpitaux.

« Quant au traitement curatif, jusqu'ici son efficacité ne s'est point démentie. Ainsi en 1843, aux mois de novembre et de décembre, je fus chargé d'une maternité temporaire à l'Hôtel-Dieu annexe. On l'avait établie en raison d'une épidémie de fièvre puerpérale qui avait forcé d'évacuer l'hôpital de la Maternité. L'épidémie se manifesta dans nos salles. Ayant distingué avec soin les simples phlegmasies, les fluxions, des cas de fièvre puerpérale, nous dûmes reconnaître que le nombre des morts était exactement le même que celui des malades. Il en était de même à cette époque dans les autres services soit de Saint-Louis, soit de l'Hôtel-Dieu. Dans ces circonstances, après avoir employé sur quatorze malades les traitements les plus vantés, je donnai l'aconit aux quinzième et seizième malades, préalablement soumises à la médication antiphlogistique. Ces deux femmes guérirent.

« En raison du développement de l'épidémie, ce service fut supprimé ; je ne pus donc continuer l'emploi de ce moyen. L'année dernière (1845), j'en fis usage à la Charité et à l'hôpital Necker dans plusieurs cas de fièvre puerpérale qui guérirent parfaitement. La même chose se répéta deux fois en ville dans ma pratique particulière. Un de mes amis, M. Jousset, ayant administré ce traitement à deux malades de l'Hôtel-Dieu, vit deux cas d'une gravité extrême se terminer heureusement. Enfin j'ai eu indirectement connaissance d'un fort beau résultat obtenu par M. Grapin, interne de la Pitié, auquel M. Devasse avait communiqué les résultats dont je parle. Quant à la diathèse purulente, suite de blessures, je pourrais rappeler la maladie de M. Hélot, aujourd'hui chirurgien à Rouen, et qui, à la suite d'une piqûre d'amphithéâtre, fut très-gravement affecté. Après une médication antiphlogistique très-énergique, la rémission fut obtenue chez lui par l'administration de

l'aconit. Toutefois il n'en suppura pas moins on peut presque dire de la tête aux pieds.

« M. Nélaton, qui fut témoin de ce résultat, et auquel je fis part des faits que je possédais déjà, a eu dernièrement l'occasion d'administrer l'aconit avec succès dans un cas de diathèse purulente. Doit-on considérer l'aconit comme un spécifique contre la diathèse purulente au même titre que le quinquina l'est contre la fièvre intermittente? Je ne le pense pas. Il me semble jusqu'à présent, si l'on peut comparer deux agents thérapeutiques, que l'aconit agit dans la diathèse purulente à peu près comme l'émétique à haute dose dans la pneumonie. Du reste, je me borne dans cette note à signaler un fait pratique de la plus haute gravité. Il est absolument inutile d'en dire davantage. »

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

RECHERCHES SUR LES CORPS FIBREUX ET LES POLYPES DE L'UTÉRUS CONSIDÉRÉS PENDANT LA GROSSESSE ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Malgré les nombreux et intéressants travaux dont les polypes utérins ont été l'objet, il existe encore dans l'histoire générale que la plupart des auteurs en ont donnée une lacune qu'il importe de combler, en raison surtout de la gravité des faits pathologiques qui s'y rattachent et des difficultés sérieuses qui, dans la pratique, pourraient résulter de la connaissance incomplète de ces mêmes faits : je veux parler des cas où la grossesse a été compliquée de la présence de corps fibreux dans l'utérus, et de polypes proprement dits. C'est là un point de chirurgie qui m'a paru exiger des recherches nouvelles, en voyant que dans presque tous les traités *ex professo* sur la matière dont il s'agit, les corps fibreux de l'utérus ne sont étudiés que dans les conditions physiologiques ordinaires de cet organe, c'est-à-dire dans l'état de vacuité ; quelques accoucheurs, se bornant à indiquer comme complication possible de la grossesse, la coexistence de ces tumeurs fibreuses qui ne se seraient pas ainsi opposées à la conception, et dont la présence aurait tantôt sérieusement entravé l'accouchement, et tantôt n'y aurait apporté qu'un faible obstacle. C'est donc à rechercher les faits qui ont servi de base à cet énoncé trop général, que je m'appliquerai dans ce travail ; j'en reproduirai tout ce qui pourra plus particulièrement intéresser la pratique, désirant surtout que l'on puisse en tirer quelque induction utile à la thérapeutique.

Les corps fibreux compliquant la grossesse ont été observés sous deux formes distinctes; tantôt enveloppés par le tissu de l'utérus, ils siégent dans l'épaisseur de ses parois; c'est *le polype interstitiel;* tantôt ils adhèrent à la matrice au moyen d'un pédicule de grosseur et de longueur variables, c'est *le polype utérin proprement dit.* Je m'occuperai d'abord de la première variété de ces tumeurs.

I. *Corps fibreux* ou *polypes interstitiels.* — Déjà plusieurs auteurs anciens, parmi lesquels se trouvent Fabrice de Hilden et Dehaën, avaient indiqué, comme pouvant rendre l'accouchement laborieux, l'existence des corps fibreux qu'avec les notions incomplètes d'anatomie pathologique qu'on possédait alors ils avaient désignés par le nom de sarcôme de la matrice. A une époque plus rapprochée et presque contemporaine de la nôtre, nous voyons Chaussier qui vient confirmer l'influence fâcheuse de ces tumeurs sur la marche de l'accouchement, en même temps qu'il démontre par des résultats cadavériques qu'elles peuvent déterminer la mort à la suite de la parturition. Il avait vu, en effet, succomber à la suite d'accouchements laborieux des femmes chez lesquelles de semblables tumeurs occupaient toute l'étendue d'une paroi de l'utérus et dans quelques cas les deux parois en même temps : la mort avait été produite par des hémorrhagies réfractaires à tous les moyens hémostatiques mis en usage. Un cas analogue à ceux que Chaussier a indiqués se trouve mentionné dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 12, décembre 1844; le docteur Brulatour qui en est l'auteur dit qu'il a assisté à l'autopsie d'une femme chez laquelle on constata l'existence de quinze corps fibreux sur l'utérus : cette femme mourut d'hémorrhagie : il résulte de ces faits, dont il est à regretter que les détails ne nous aient pas été plus amplement exposés, que si les femmes ainsi affectées de corps fibreux pendant la grossesse sont en danger de mort, ce n'est pas tant par le fait de l'accouchement lui-même considéré sous le rapport mécanique, puisque dans tous les cas il a pu s'effectuer, que par l'hémorrhagie consécutive que rend presque inévitable l'impossibilité où se trouve la matrice de revenir sur elle-même après l'expulsion du fœtus, la contractilité de ses parois étant en quelque sorte paralysée par l'obstacle que lui oppose la présence de ces productions pathologiques. Du reste ce danger est en rapport avec le volume et le nombre des tumeurs : on conçoit en effet que, si elles ont acquis peu de développement et si elles sont peu nombreuses, l'utérus puisse s'accroître suivant les règles ordinaires de la grossesse, et qu'après l'accouchement sa rétraction puisse s'opérer : on comprend encore qu'il en soit de même lorsqu'au lieu d'être enkystées dans l'épaisseur même des parois de l'organe, dont le tissu musculaire se trouve alors distendu

et comprimé, ces tumeurs plus ou moins volumineuses, de forme arrondie, sont, comme cela s'observe fréquemment, situées sous le péritoine qui forme entre elles et le corps de la matrice un repli qui constitue leur seul lien de connexion ; dans cet état ces tumeurs sont fort mobiles et comme flottantes à la surface de l'utérus, si bien qu'on pourrait sans trop forcer l'analogie les considérer comme des polypes sous-péritonéaux. Les corps fibreux qui présentent de tels rapports avec le tissu propre de la matrice ne paraissent pas, je le répète, devoir entraver d'une manière notable la succession des phénomènes de la grossesse, non plus que ceux qui sont consécutifs à l'accouchement. J'ajouterai, pour confirmer mon opinion relativement au nombre et au volume de ces tumeurs, que le docteur Brulatour (*loc. cit.*) rapporte l'observation d'une femme qu'il parvint à accoucher heureusement, et chez laquelle la présence d'une tumeur fibreuse avait pu être constatée : à l'appui de ce fait je citerai une dame habitant Paris, qui est devenue deux fois enceinte depuis que plusieurs chirurgiens de la capitale, qu'elle a consultés à diverses reprises, ont été d'accord pour reconnaître, au moyen du toucher pratiqué par le rectum, une tumeur arrondie, volumineuse, siégeant sur la paroi postérieure de l'utérus, et qu'ils ont considérée avec raison comme étant de nature fibreuse. Le dernier accouchement de cette dame a été assez laborieux et fut suivi d'une hémorrhagie inquiétante. Depuis cet accouchement, qui eut lieu il y a plusieurs années, la tumeur fibreuse a pris un volume considérable, le ventre est souvent fort développé, la marche est très-pénible, et la malade est obligée de garder presque constamment la position horizontale sur une chaise longue. Un autre fait intéressant, en ce qu'il montre un corps fibreux après l'accouchement dans un état pathologique qu'il est rare d'observer, se trouve rapporté dans les *Annales de la Société de médecine de Bordeaux*.

Tumeur fibreuse suppurée. — Dystocie. — Le docteur Barnetche met sous les yeux de la Société de médecine de Bordeaux l'utérus d'une femme décédée à la Maternité quarante-huit heures environ après un accouchement des plus difficiles, qui a nécessité la version à la suite d'un travail qui dura plus de six jours ; cette matrice est énorme, et présente à ses parties supérieures et latérales trois tumeurs de volume inégal et de nature fibreuse ; l'incision de la tumeur supérieure a donné lieu à un écoulement de pus sanieux et séreux, mélangé d'une espèce de détritus formé par le tissu utérin, dans l'épaisseur duquel la tumeur s'est développée. Il ajoute que l'intérieur de cette tumeur ne présentait aucune communication avec la surface interne de l'utérus que recouvrait une couche de matière purulente : les ovaires étaient sains ainsi que

les trompes. M. Baructehc fait observer qu'il n'a pu trouver aucune trace d'inflammation dans les veines utérines. Pour l'auteur de cette observation, la mort a été causée par une métrite aiguë, compliquée d'un abcès développé solidairement dans l'épaisseur d'un des corps fibreux, dont l'existence pendant la grossesse n'avait pas été reconnue. Nous rappellerons, à l'occasion de ce fait, que déjà Bayle avait avancé que les polypes pouvaient l'enflammer, et que M. Lisfranc affirme que des abcès peuvent se développer dans leur épaisseur, que cela ne lui semble pas pouvoir être révoqué en doute, qu'il en a vu plusieurs exemples ; or, pourquoi les corps fibreux, dont la constitution anatomique est identique, ne seraient-ils pas sujets aux mêmes évolutions pathologiques que les polypes? Au surplus les conditions physiologiques particulières où se trouve l'utérus pendant la gestation, l'excès de mouvement nutritif dont il est le siége et auquel participent nécessairement les produits anormaux qui lui sont annexés, nous paraissent prédisposer ces produits au genre d'altération dont il s'agit. Ces mêmes conditions physiologiques peuvent encore servir à expliquer l'accroissement de ces produits pendant la grossesse et leurs progrès rapides après l'accouchement; c'est surtout pour les polypes plus accessibles à nos moyens d'investigation que ces dispositions deviennent évidentes. Parmi les dangers que peuvent faire courir aux femmes qui en sont atteintes les corps fibreux pendant la grossesse, on a surtout signalé, comme étant un des plus graves, la rupture de l'utérus : ces tumeurs, a-t-on dit, empêchent le développement de la portion de l'utérus à laquelle elles adhèrent, le reste de l'organe éprouve une distension excessive et un amincissement proportionné, et est par cela même très-disposé à se rompre. Il est fâcheux qu'à l'appui de cette théorie, d'ailleurs fort séduisante, les auteurs n'aient pas indiqué les observations qui pouvaient en confirmer la justesse ; pour ma part, je n'en ai pas rencontré une seule dans les divers auteurs que j'ai consultés. Il résulterait de là que cet accident serait beaucoup plus rare qu'on ne l'a avancé. Je ferai d'ailleurs remarquer que dans les cas rapportés par Chaussier, où les tumeurs occupaient toute l'étendue d'une des parois, il n'est pas dit qu'il y ait eu rupture de l'utérus; et cependant le développement de cet organe pendant la grossesse avait dû s'effectuer presque exclusivement aux dépens de la portion restée saine : on en pourrait dire autant du fait cité par le docteur Brulatour.

De l'exposé qui précède il résulte donc : 1° que les corps fibreux de l'utérus ne sont pas plus que les polypes dont nous nous occuperons bientôt, un obstacle à la fécondation; 2° qu'ils ne constituent pas une cause nécessaire d'avortement; que la grossesse peut même parcourir

ses diverses phases assez régulièrement, et je dirai à ce sujet que la théorie, en l'absence des faits matériellement observés, pourrait établir qu'il existe entre l'époque où se fera l'avortement et le siége du corps fibreux sur telle portion de l'utérus ou sur telle autre, un rapport plus que vraisemblable. En tenant compte en effet du mode de développement de la matrice pendant la grossesse, il est rationnel de prévoir que si les corps fibreux occupent le fond de l'organe et toute la zone supérieure qui se prête d'abord à son ampliation, l'avortement aura lieu dans les premiers mois de la grossesse; et qu'il ne se fera que plus tard si c'est la zone inférieure ou la portion de l'utérus voisine de son col qui rencontre dans la présence de ces corps un obstacle suffisant pour que sa dilatation ne puisse pas s'opérer; 3° enfin que l'observation prouve qu'en général le danger ne commence à devenir sérieux qu'au moment de l'accouchement qui est toujours plus ou moins laborieux, et peut, dans presque tous les cas, être suivi d'une hémorrhagie promptement mortelle. Que l'on ajoute à ce terrible accident celui non moins grave signalé par plusieurs auteurs, c'est-à-dire la rupture possible de l'utérus pendant le travail de la parturition, et on comprendra combien il est du devoir du médecin qui serait consulté sur les dangers d'une grossesse dans le cas dont il s'agit, d'user de toute son influence pour l'empêcher. Objectera-t-on que, dans une des observations qui précèdent, on voit deux grossesses se passer sans accident, malgré l'existence sur l'utérus d'une tumeur fibreuse reconnue par plusieurs chirurgiens? A cela je réponds qu'au second accouchement il y eut une hémorrhagie inquiétante, et qu'en supposant même qu'elle n'eût pas eu lieu, un autre danger a été signalé; c'est l'accroissement considérable du corps fibreux à chaque grossesse, et l'aggravation des accidents que sa présence détermine, à tel point que la malade peut à peine marcher; or, c'est encore là un résultat assez fâcheux pour qu'on doive y voir une suffisante contre-indication à la grossesse : ajoutons, enfin, que de ce que par le toucher on ne peut constater l'existence que d'un seul corps fibreux, il ne faudrait pas en inférer qu'il n'en existe aucun autre, car l'anatomie pathologique nous apprend que ces produits anormaux sont presque toujours multiples.

II. *Polypes fibreux.* — Pour juger du degré d'influence qui se rattache à l'existence des polypes utérins sous le double point de vue de la grossesse et de l'accouchement, on trouve dans les auteurs plusieurs observations qui peuvent être très-avantageusement utilisées : elles nous montrent le polype tantôt enfermé dans la cavité de l'utérus et adhérant au fond même de l'organe, tantôt il est descendu dans le vagin; quelquefois il se trouve moitié dans ce canal et moitié dans la matrice.

Or, toutes ces variétés de siége peuvent produire divers résultats propres à chacune d'elles.

Obs. I. — *Accouchement à terme, compliqué de l'apparition d'un polype utérin à la vulve avant la sortie du fœtus.* — Levret rapporte que, chez une femme qui venait d'accoucher heureusement, une tumeur avait été expulsée de la vulve pendant la parturition et avant la sortie d'un fœtus à terme; l'accouchée n'éprouvait aucun accident, il n'y avait pas eu de pertes considérables après la délivrance. Le docteur Guiot reconnut l'existence d'un polype utérin descendu dans le vagin, et dont le pédicule, implanté au côté droit du col de la matrice, lui parut être aplati, large d'environ deux travers de doigt; le corps de la tumeur qui occupait la vulve avait le volume de la tête d'un enfant nouveau-né. Le docteur Guiot lia le pédicule du polype le plus près qu'il put de l'orifice utérin; puis il plaça la femme de manière que la tumeur fût soutenue et qu'elle n'exerçât aucun tiraillement douloureux. Dès le lendemain, des douleurs vives aux lombes et à l'aine droite obligèrent à faire l'excision de la tumeur un peu au-dessous de la ligature, qui se détacha le troisième jour. La femme n'éprouva aucun accident; elle allaita son enfant, et fut bientôt rétablie.

Ce qui paraît surtout extraordinaire dans cette observation, c'est qu'un polype aussi volumineux n'ait apporté aucun obstacle à l'accouchement; ce n'est d'ailleurs pas le seul fait de ce genre que nous aurons à enregistrer, et qui prouve que, dans beaucoup de circonstances, des tumeurs de même nature, situées dans le vagin, n'ont que faiblement entravé la parturition. Lorsqu'un polype complique la grossesse, il peut, comme cela a eu lieu chez la femme dont nous venons de rapporter l'histoire, chassé par le fœtus, sortir le premier des organes génitaux; ceci suppose que la tumeur a son siége près de l'orifice du col utérin. Dans le cas où elle occuperait la zone supérieure de la matrice, il est peu probable qu'elle franchisse le col de cet organe avant le fœtus lui-même; presque toujours alors elle se produit à l'extérieur après qu'il a été expulsé, et par le seul effet des contractions utérines qui continuent. Un troisième cas peut se présenter, et c'est sans contredit le plus grave: je veux parler du séjour du polype dans l'intérieur de l'utérus après l'accouchement, circonstance qui, comme les faits le prouveront plus tard, peut devenir mortelle. — Voici maintenant une observation qui démontre la possibilité de concevoir et de mener à bien la grossesse au milieu de conditions pathologiques qui sembleraient devoir s'y opposer d'une manière absolue, en même temps qu'elle fait voir comment les rapports de siége du polype avec les organes génitaux sont

susceptibles de varier sous l'influence du développement de l'utérus.

Obs. II. — ***Polype occupant la vulve; grossesse terminée heureusement.*** — Une femme portait dans la vulve une tumeur d'un volume considérable, dont la base pendait entre ses cuisses, et qui était fixée par son pédicule à un point de la circonférence de l'orifice de l'utérus. Cette tumeur avait paru, il y avait seize ans, pour la première fois, à la suite d'une couche fort heureuse; elle rentrait facilement lorsqu'on la repoussait, et cette alternative de chute et de replacement durait depuis quatre ans, lorsque cette femme devint enceinte pour la seconde fois; ***la tumeur rentra alors progressivement par l'effet de l'élévation successive de l'utérus, et cessa de paraître pendant la grossesse.*** La femme accoucha fort heureusement d'un enfant à terme et bien vivant; mais, dès qu'elle fut rétablie, la tumeur sortit de nouveau de la vulve. On voulut placer un pessaire pour la contenir; mais la femme ne put pas le supporter, elle préféra continuer de la faire remonter lorsqu'elle retombait, ce qui arrivait souvent. Malgré la présence de cette excroissance et les tiraillements que son poids faisait éprouver à l'utérus, cette femme, quoique âgée de quarante-huit ans, était encore bien réglée. Un jour elle ne put opérer la réduction, bien qu'elle se fût exposée à l'air froid et dans une posture horizontale, ce qui lui réussissait ordinairement. Le polype devint très-douloureux et d'une couleur rouge livide. Dans cet état de grandes souffrances, la malade fut reçue à l'Hôtel-Dieu, où M. Boudou, chirurgien en chef, reconnut l'existence d'un polype dont il fit la ligature. La tumeur se détacha le quatrième jour. Levret, à qui nous empruntons cette observation, ajoute que la guérison eut lieu assez promptement et ne s'est jamais démentie.—Ce fait, comme le précédent, démontre que la grossesse peut avoir lieu et l'accouchement s'opérer naturellement, dans un cas où un polype volumineux, pédiculé sur le col utérin, a franchi la vulve et occupé par conséquent le vagin dans toute son étendue. Mais les choses ne se passent pas toujours aussi simplement; le même auteur nous en donne la preuve.

Obs. III. — ***Polype du col de l'utérus ayant produit l'enclavement de la tête du fœtus; accouchement laborieux.*** — Amand rapporte, dans son Traité des accouchements, qu'il fut appelé, le 12 mars 1697, à Montlhéry, pour secourir la femme d'un médecin, qui était en travail depuis six jours entiers. Les eaux s'évacuèrent le lendemain des premières douleurs; deux jours s'étant écoulés, et l'accouchement qu'une sage-femme du lieu avait annoncé devoir se faire promptement ne s'effectuant pas, un chirurgien ayant alors touché la femme, déclara que l'enfant présentait une fesse, et il se mit en de-

voir de terminer l'accouchement, sans en venir à bout. Le mari, alarmé, toucha sa femme, et il reconnut dans le col de la matrice la présence d'une tumeur de la grosseur du poing, et la tête de l'enfant aplatie entre les os du passage. L'auteur ajoute que la sage-femme prit vraisemblablement cette tumeur pour la tête de l'enfant, et le chirurgien qui vint ensuite pour la fesse. Amand nous dit que, pour terminer l'accouchement, il introduisit sa main droite dans le vagin , qu'avec la seconde il porta un crochet sur la tête de l'enfant, qu'il parvint ainsi à extraire. — Que devint la tumeur après l'accouchement? Amand ne le dit pas; seulement il ajoute que, quelques jours après, il apprit d'une des amies de la dame ainsi accouchée, qu'elle se portait mieux, et qu'on ne désespérait pas de la voir se rétablir. Nous pensons avec Levret que cette tumeur était bien un polype qui, en raison même du siége qu'il occupait, n'a pas dû s'opposer à la rétraction de l'utérus sur lui-même; ce qui explique comment aucun accident hémorrhagique ne se manifesta après l'extraction du fœtus. Enfin cette observation démontre jusqu'à quel point, dans une circonstance semblable, une erreur de diagnostic peut devenir préjudiciable à la mère et à l'enfant.

On trouve encore dans un journal anglais (*Medical and Physical Journal*, 1811 et 1812) deux autres cas de polypes volumineux occupant le vagin, et qui n'empêchèrent pas l'accouchement de se faire naturellement; et, circonstance fort remarquable, c'est que, pendant plusieurs années, ces polypes paraissent avoir existé sans influer d'une manière notable sur les grossesses qui eurent lieu successivement. A chaque accouchement, la tumeur fibreuse se montrait à la vulve, puis remontait dans le vagin à mesure que l'utérus revenait sur lui-même.

Obs. IV.— *Polype énorme compliquant la grossesse. — Double insertion du pédicule au col de l'utérus et au point correspondant du vagin*; par le docteur Pordham. — Une femme âgée de trente-cinq ans, en travail depuis six jours, commença seulement alors à éprouver des douleurs plus vives et franchement expulsives. Par le toucher on constate dans le vagin une tumeur volumineuse et solide, paraissant implantée sur la partie postérieure de l'orifice de la matrice. Cette femme, mariée depuis dix ans, avait eu quatre enfants mort-nés dans ce laps de temps. A chaque accouchement, une tumeur sortait de la vulve, poussée par le fœtus. Jamais cette femme n'avait éprouvé, de la présence de cette tumeur, d'autre souffrance qu'un tiraillement causé par sa pesanteur. Malgré cet obstacle, la parturition s'opéra cette fois encore, et pour la cinquième fois, tout à fait naturellement : l'enfant était mort, comme aux précédents accouchements. Le docteur Clough, appelé en consultation, constata la conti-

nuation des efforts expulsifs après la délivrance, et reconnut la double insertion d'un polype au col de l'utérus et à la paroi postérieure et supérieure du vagin. Une ligature fut immédiatement placée autour de son pédicule. L'application de cette ligature fut très-laborieuse; l'auteur ajoute que cette femme, fort épuisée déjà au moment de l'accouchement, s'affaiblit rapidement, et qu'elle succomba le lendemain de l'opération, sans avoir présenté ni douleurs, ni vomissements, ni aucun autre signe de métro-péritonite.—Sans rechercher la cause de la mort si promptement survenue, et sur laquelle l'auteur ne donne aucun détail, je rappellerai seulement, à l'occasion de la double insertion de ce polype à l'utérus d'une part, et de l'autre au vagin, que plusieurs chirurgiens ont signalé cette disposition, d'ailleurs assez rare. L'insertion au vagin n'est qu'accidentelle et consécutive à la sortie du polype de la cavité utérine; elle se fait au moyen d'adhérences cicatricielles, résultant d'ulcérations survenues sur la membrane d'enveloppe du polype et sur la muqueuse vaginale, dans un point où celui-ci s'est longtemps trouvé en contact avec elle. Ne pourrait-il pas résulter de cette connexion entre le polype et le vagin que l'intégrité de ce dernier pût se trouver sérieusement compromise, dans le cas où le corps fibreux, violemment repoussé de haut en bas par le fœtus, serait soumis de la sorte à des tractions fortes et longtemps soutenues, dont l'effet serait ainsi transmis au vagin par le polype même?

On verra qu'il existe entre le fait qui précède et le suivant, pris à la même source, une analogie qui l'en rapproche, outre que ce dernier renferme de plus un enseignement pratique; à savoir, qu'il démontre le danger de la ligature du polype appliquée immédiatement après l'accouchement.

Obs. V. — *Polype sortant de la vulve au moment de l'accouchement. — Dangers de la ligature dans ce cas.* — Une femme, déjà mère de plusieurs enfants, accoucha d'une fille à terme après une parturition douloureuse. Pendant le travail, une tumeur consistante et charnue, poussée par la tête de l'enfant, était sortie avant elle. *A deux couches précédentes ce même phénomène avait eu lieu.* Le volume de la tumeur était seulement moins considérable, et chaque fois elle était rentrée dans le vagin; aussi n'y avait-on pas fait grande attention. Cette dernière fois, elle resta hors de la vulve; elle avait la grosseur de la tête d'un enfant nouveau-né. Dès le lendemain, on plaça une ligature autour de son pédicule; vers le soir du même jour, agitation très-douloureuse, insomnie. Le lendemain, nouvelle ligature, la première s'étant relâchée; presque immédiatement, douleur si vive et anxiété telles, que vers le soir on fut contraint de

l'enlever. Pour calmer l'irritation causée par cette opération, on eut recours, toutes les six heures, à l'administration de dix à vingt gouttes de la teinture d'opium, en même temps qu'on donna des laxatifs doux. Nonobstant ce traitement, il y eut, pendant plusieurs jours, des convulsions; le pouls marquait cent vingt pulsations, la voix était faible et presque éteinte. — Plusieurs semaines se passèrent sans qu'on pût songer à lier de nouveau le polype. — Neuf semaines cependant après l'accouchement, on crut le moment favorable pour une nouvelle application de la ligature, qui ne tarda pas à reproduire les accidents aussi graves que la première fois. La tumeur était recouverte, dans toute sa surface, d'une eschare, et c'était le point de départ d'un écoulement sanieux fort abondant. Sous l'influence d'un régime analeptique, l'état de la malade s'améliora; et quatre mois après l'accouchement, on plaça un fil fort et ciré autour du pédicule du polype, devenu moins gros et plus facile à atteindre. Cette fois, la ligature, d'abord douloureuse, fut bientôt supportée, et au bout de quelques jours, la tumeur se détacha : la malade recouvra une santé parfaite.

Parmi les circonstances remarquables de ce fait, il en est une qui mérite surtout de fixer l'attention, et dont il ressort pour la pratique une leçon fort importante qui prouve que, dans un cas analogue, il serait imprudent de placer une ligature autour du pédicule d'un polype volumineux avant la cessation complète de l'irritation, tant générale que locale, résultant de la parturition : c'est d'ailleurs là une question de médecine opératoire qui a été diversement résolue par les auteurs qui s'en sont occupés; et généralement on ne s'est pas entendu sur l'époque à laquelle il convenait de pratiquer l'ablation des polypes coexistant avec la grossesse, et venant ainsi apparaître à la suite de l'accouchement. — Il me semble que le précepte donné par MM. Velpeau, Lisfranc et Paul Dubois, de n'opérer qu'autant que les phénomènes propres à l'accouchement ont cessé, doit être suivi toutes les fois qu'il n'y a pas d'indication particulière pressante pour agir autrement, comme serait, par exemple, une hémorrhagie. En considérant que la matrice, après l'accouchement, est plus disposée à subir l'influence quelconque des causes d'inflammation, il est toujours plus prudent d'ajourner l'opération; ensuite, comme les vaisseaux propres de l'utérus, qui ont été développés à un haut degré pendant la gestation, subissent peu à peu, après la délivrance, et par l'effet du resserrement du tissu même de l'organe, une diminution notable dans leur calibre; les vaisseaux propres du polype, qui en émanent, éprouvant la même réduction proportionnelle, l'ablation de la tumeur en devient plus facile et moins grave dans ses conséquences, surtout sous le rapport de

l'hémorrhagie, qui serait bien moins à craindre dans le cas où l'on se déciderait à opérer par excision. Il est bien évident que ces préceptes ne sont applicables qu'au traitement des polypes qui occupent le vagin ou la vulve; car si les tumeurs étaient encore renfermées dans l'utérus, elles y détermineraient, en empêchant le resserrement de l'organe, une hémorrhagie dont les suites pourraient être on ne peut plus funestes si l'on n'agissait immédiatement, comme le prouvent les observations suivantes.

Obs. VI. — *Divers exemples d'hémorrhagies déterminées par un polype intra-utérin après l'accouchement.* — Une dame de trente ans, accouchée depuis trois semaines, éprouve tout à coup une hémorrhagie qui va jusqu'à la syncope : au milieu de douleurs de plus en plus fortes, l'orifice utérin se dilate assez pour laisser engager une tumeur, et pour permettre l'introduction de la main : à peine le pédicule est-il embrassé que la main et avec elle un polype du volume d'un gros œuf d'autruche, sont expulsés par une violente contraction de l'utérus.—Guérison. (*Par le docteur Moon.*)

Obs. VII. — Peu de temps après son accouchement, une femme, qui allait bien, fut prise d'une hémorrhagie qui ne put être arrêtée. Elle succomba au bout de huit à dix heures. On trouva, à l'autopsie, un polype volumineux au fond de l'utérus. (*Par le docteur Churchill.*)

Obs. VIII. — Une femme, accouchée depuis quinze jours, n'avait cessé d'avoir des lochies abondantes; elle avait en outre éprouvé de temps en temps de véritables pertes et de violents paroxysmes de contraction utérine avec pesanteur. — Elle succomba épuisée. — A l'autopsie, on trouva un polype de deux pouces de longueur engagé à travers l'orifice utérin, béant et attaché à la paroi antérieure de la matrice. (*Par le docteur Radford de Manchester.*)

Obs. IX. — Le même auteur rapporte qu'une femme, accouchée de la veille, fut prise d'une hémorrhagie considérable qui s'arrêta par l'emploi des moyens appropriés. Cependant le sang bavait encore, et s'élançait même quelquefois en gros jets : l'utérus, dur et contracté, était plus volumineux qu'à l'ordinaire. La main, portée dans l'intérieur de l'organe, reconnut une tumeur du volume d'une grosse poire, à pédicule étroit. Ce pédicule fut embrassé par une ligature qu'on resserra tous les jours. Le huitième, le polype se détacha, la femme guérit. Elle est accouchée, depuis, trois fois naturellement.

Obs. X. — Une femme, accouchée depuis six heures, avait, par

intervalles, de véritables pertes; elle éprouvait en outre de fortes douleurs avec pesanteur : l'utérus était plus volumineux que de coutume; à travers le col entr'ouvert on sentait une tumeur mobile. Pendant que l'on cherchait à modérer l'hémorrhagie, une forte contraction détacha le polype et le poussa dans le vagin. La femme guérit.

Obs. XI. — Aussitôt après l'accouchement une violente hémorrhagie se déclare. Utérus plus volumineux qu'à l'ordinaire; le toucher fait reconnaître au-dessus de l'orifice une tumeur ferme, mobile, du volume de la tête d'un fœtus de six à sept mois. Le docteur Radford introduit la main dans l'utérus, trouve un pédicule grêle, le tord aussitôt et extrait ensemble le polype et le placenta. L'hémorrhagie se renouvela très-abondante encore, mais fut fort heureusement arrêtée. La femme guérit.

M. Lisfranc cite dans sa clinique chirurgicale un fait analogue à ceux qui précèdent.

Obs. XII. — Ce chirurgien fut appelé par M. le docteur Hatin auprès d'une femme qu'il venait d'accoucher. Ce praticien avait constaté l'intégrité du placenta qui était sorti en entier. Cette dame avait, depuis quelques jours, des pertes tellement abondantes, qu'elle était dans un état tout à fait anémique. M. Lisfranc constata, en présence de MM. Hatin, Bouillaud et Andral, l'existence d'un polype dans le fond de l'utérus. La matrice ayant été préalablement abaissée et maintenue à la partie inférieure du vagin, il lia la tumeur avec l'instrument de Levret. L'opérateur fait observer qu'il s'est bien gardé d'exciser le polype, parce que dans l'état de faiblesse de sa malade, la plus légère perte de sang eût pu la faire succomber. Cette dame, dont je suis devenu le médecin et que je vois fréquemment, est bien guérie.—Mais ce n'est pas seulement l'hémorrhagie qui doit faire craindre la présence d'un polype dans l'utérus, après l'accouchement; le fait qui va suivre démontre qu'il peut en résulter pour la femme un danger d'une autre nature et tout aussi redoutable.

Obs. XIII. — Le docteur Crisp rapporte qu'une dame de trente-six ans éprouva fréquemment, dans les six dernières semaines de sa sixième grossesse, de petites hémorrhagies. L'accouchement fut rapide; mais le placenta n'ayant pu être extrait par les manœuvres ordinaires, la main fut introduite dans l'utérus, et rencontra, outre le délivre, une tumeur qui fut d'abord prise pour un second enfant, mais dont la véritable nature fut ensuite reconnue. C'était un polype volumineux que des contractions utérines violentes poussèrent et enfoncèrent si bas dans le vagin, que le cathétérisme devint

difficile. — *La malade mourut épuisée par la violence et la répétition des douleurs, sans hémorrhagie.*—Si jusqu'à présent on a vu l'hémorrhagie avoir lieu consécutivement à l'accouchement, et pouvoir devenir alors promptement mortelle, il faut que l'on sache que le même danger est encore à craindre à la suite de l'avortement que le polype peut déterminer, sans qu'il soit possible de reconnaître son existence. On trouve dans la clinique de M. Lisfrane (page 88, vol. III) un fait qui le prouve.

Obs. XIV. — *Polypes cellulo-vasculaires compliquant la grossesse. — Avortement. — Hémorrhagies consécutives suivies de mort.* — Une dame de vingt-huit ans, ayant eu quatre enfants et une métro-péritonite à son dernier accouchement, devint enceinte pour la cinquième fois lorsque l'utérus était encore le siége d'un engorgement chronique. Pendant quatre mois cette dame se résigna à garder le repos ; à cette époque, ayant fait un voyage, elle fut prise des douleurs d'accouchement, et l'avortement eut lieu. Pendant plusieurs jours aucun accident ne survint ; mais bientôt quelques douleurs se firent sentir dans la matrice en même temps que des pertes abondantes et rebelles eurent lieu : le toucher ayant permis de reconnaître un engorgement du corps de la matrice, un traitement fut dirigé contre cet état : les saignées révulsives faites au bras firent cesser pendant deux mois l'hémorrhagie ; puis celle-ci se renouvela avec une intensité et une fréquence qui épuisèrent la malade, qui finit par succomber. L'autopsie fit trouver dans la cavité de l'utérus, dont le tissu était notablement hypertrophié, six polypes celluloso-vasculaires ; le plus petit avait la grosseur d'une lentille ; le plus développé égalait en volume une petite noisette.

Pour compléter, autant que le permettent les faits peu nombreux consignés dans les auteurs, l'histoire des polypes utérins compliquant la grossesse, il me reste à dire qu'au lieu de demeurer soit dans le vagin, soit dans l'utérus, ils peuvent être expulsés en même temps que le fœtus, et c'est la circonstance la plus favorable, puisqu'elle rend inutile une opération que l'état de la matrice doit toujours faire appréhender : dans les cas où un polype a été ainsi expulsé pendant la parturition, presque toujours il est sorti avant le fœtus ; et au lieu d'être arrondi comme il l'est ordinairement, il présentait un de ses côtés aplati, déprimé ; variété d'aspect et de forme qu'il devait aux pressions énergiques exercées sur lui tant par la tête du fœtus que par les contractions violentes de l'utérus : ajoutons que presque toujours aussi le pédicule du polype était assez grêle ; cette disposition était surtout évidente dans une observation très-succinctement rapportée par le célèbre accoucheur Evrat. —Des faits qui précèdent on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Des polypes de diverse grosseur, quelquefois très-volumineux, siégeant soit dans l'utérus, soit dans le vagin, ne s'opposent pas à la grossesse, et ne gênent que fort peu la marche de l'accouchement. Quant à l'avortement, nous ne l'avons observé qu'une seule fois; aussi par rapport aux faits rapportés dans ce mémoire il constituerait l'exception.

2° Quand le polype siége dans l'intérieur de l'utérus pendant la grossesse et après l'accouchement, le danger est imminent pour la mère : lorsqu'il occupe le vagin au moment de l'accouchement et qu'il a acquis un développement considérable, c'est pour l'enfant que le danger paraît plus sérieux : on a vu, en effet, dans notre observation quatrième, cinq enfants mort-nés par suite de la présence d'un polype dans le vagin. Il est à craindre en pareil cas que la lenteur du travail et la présence d'un corps aussi volumineux qui rétrécit les divers diamètres du bassin, ne produisent l'asphyxie du fœtus au passage.

3° On peut soupçonner l'existence d'un polype dans la matrice aux symptômes suivants, que le Journal de chirurgie a soin de résumer d'après le docteur Oldham, auteur des observations relatives aux hémorrhagies consécutives à l'accouchement (*Guys hospital reports*, avril 1844). L'utérus reste plus volumineux, il se livre à des contractions énergiques sans résultat, accompagnées d'hémorrhagie. On pourrait croire alors à l'existence d'un second enfant : mais l'absence de pulsations doubles, de poche d'eau ou de parties fœtales, la différence de forme, de volume, et de consistance de l'utérus écarteront cette idée : on pourrait hésiter entre un polype et un caillot volumineux . or, un polype seul ne cède pas aux contractions utérines, un caillot au contraire serait expulsé. Il en serait de même d'un produit dégénéré de conception.

4° Il est très-important d'établir promptement la diagnostic d'une manière précise non-seulement à cause de l'hémorrhagie que le moindre retard pourrait rendre mortelle, mais aussi en raison du danger auquel de fausses manœuvres pourraient exposer la femme dans le cas surtout où on croirait qu'il s'agit d'un fœtus. C'est ainsi, comme le remarque l'auteur de l'observation, que dans le fait de *Crisp* (observation treizième) l'erreur de diagnostic eut pour résultat quelques tentatives d'arrachement qui ne furent pas étrangères à la mort de la femme. Le résultat le plus direct de ces manœuvres d'extraction serait de déterminer le renversement complet ou incomplet de l'utérus. D'après le docteur Oldham, les contractions de la matrice, qui s'est refermée après l'accouchement sur un polype contenu dans sa cavité, ont suffi, même lorsque le polype était peu volumineux, pour produire le renversement.

5° L'hémorrhagie peut être primitive ou consécutive, légère mais

continuelle; d'autres fois intermittente, souvent soudaine et très-abondante : on a vu dans plusieurs observations qu'elle n'est survenue que plusieurs semaines après l'accouchement.

6° Quant à l'indication chirurgicale qu'il convient de remplir, elle varie suivant les cas : nous avons déjà dit qu'il est rationnel de différer l'opération lorsque le polype est dans le vagin, et d'attendre, toutes les fois que rien ne s'y oppose, que la matrice soit revenue à ses conditions physiologiques et anatomiques normales; dans le cas de polype intra-utérin, ou bien l'hémorrhagie est légère et l'on doit alors s'efforcer, par le repos et des opiacés, de diminuer la sensibilité et la vitalité de l'utérus exaltée par la parturition; ou l'hémorrhagie est abondante ou continue, et il est impossible dans ce cas de temporiser; il faut agir de suite car on peut craindre que la femme ne s'épuise promptement. En l'absence de l'hémorrhagie, la persistance des contractions et la continuité des douleurs exigeraient également l'intervention du chirurgien.

7° On peut lier, exciser ou même tordre un polype, soit immédiatement après l'accouchement, soit plus tard, sans déterminer nécessairement les accidents que nous avons relatés (Voy. obs. cinquième). Toutefois la ligature seule si le polype est peu volumineux, ou suivie de l'excision lorsque par son poids il détermine des tractions qui occasionnent des douleurs très-vives, constitue le meilleur mode de traitement; il faut rejeter l'excision dans tous les cas où la malade a été épuisée par des hémorrhagies, la moindre perte de sang pouvant lui devenir funeste; et lors même que cet antécédent n'existerait pas, il serait encore indiqué de procéder par la ligature, car l'expérience a démontré qu'en opérant un polype peu de temps après l'accouchement, on est bien plus exposé à trouver dans son pédicule des vaisseaux sanguins et conséquemment une cause d'hémorrhagie, que si l'utérus ne venait pas d'être modifié par la grossesse.

D^r Am. Forget.

DE L'EMPLOI DU COLLYRE DE TÉRÉBENTHINE DANS LE TRAITEMENT DE DIVERSES MALADIES DES YEUX;

Par le docteur S. Laugier, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

M. Serre, d'Alais, dont on connaît les travaux recommandables sur divers points de la chirurgie, me parla, dans le courant de décembre 1845, de l'heureux effet de l'essence de genévrier (1) dans les kératites

(1) Il est sans doute question de l'huile de cade ou de genévrier, dont nos

chroniques avec développement anormal des vaisseaux de la conjonctive et de la cornée. Il résulte de ses expériences qu'employée en collyre, l'essence de genièvre peut être d'un grand secours dans les cas indiqués. Je lui répondis aussitôt que, s'il en était ainsi, on pourrait peut-être se servir avec avantage de la térébenthine de Venise pour des cas analogues. Je me rappelais son usage dans les affections catarrhales, et son emploi à l'intérieur contre quelques maladies des yeux. J'avais dans mon service plusieurs maladies de cet organe, qui me paraissaient favorables à des tentatives de ce genre : conjonctivite dite catarrhale, aiguë et chronique, kératite, tylosis, dacriocystite, etc.

Je fis dissoudre la térébenthine molle de Venise fluidifiée à chaud dans l'essence de térébenthine (j'en donnerai plus bas la formule), et dès le lendemain je commençai mes essais. Ils avaient cela d'intéressant de prime abord que tous les malades qui y furent soumis étaient en traitement par le collyre au nitrate d'argent, et que je pouvais d'emblée apprécier comparativement l'action de la térébenthine. Dès les premiers jours, cette action fut bienfaisante et sembla *préférable* à celle du nitrate d'argent, employée à la dose de 15 centigrammes par 30 grammes d'eau distillée. J'ai continué mes essais sur des malades arrivés à l'hôpital avec des maladies aiguës de la conjonctive et de la cornée, et n'ayant encore été soumis à aucun autre traitement. Le nombre de ces malades est déjà aujourd'hui assez grand, et mes essais de la térébenthine assez multipliés, pour que je puisse certifier le bon effet et l'entière innocuité de ce moyen dans les cas où je l'ai mis en usage. Cette innocuité m'a permis de l'essayer dans d'autres cas peu analogues aux premiers.

J'ai reçu à l'hôpital un malade ayant perdu l'œil droit depuis l'âge de neuf mois, et affecté depuis son enfance de kératite et de taies d'un blanc mat au-devant de la pupille. Il y a quinze jours que ce malade est en traitement, et il trouve une amélioration notable dans la vision en même temps que les taies semblent diminuer d'opacité. Je suis loin de croire que la térébenthine en collyre puisse réussir ainsi dans tous les cas ; mais il suffit qu'elle soit utile dans quelques-uns pour qu'il soit convenable de la signaler aux praticiens comme une application utile. Je puis dire, avec une entière certitude, qu'il n'y a pas un seul malade qui ne se soit loué de son emploi ; quelques-uns même m'ont pressé d'y

lecteurs ont déjà connaissance par l'article de M. Serre d'Alais, que nous avons publié dans notre avant-dernière livraison. Le présent travail de l'habile chirurgien de l'hôpital Beaujon ayant de grands rapports pratiques avec celui de M. Serre, nous croyons utile d'en publier cet extrait que nous empruntons aux *Archives générales de médecine*, mars 1846. (*Note du Rédacteur.*)

revenir lorsque, pour mieux juger de son efficacité, j'en interrompis l'usage pendant un ou deux jours. J'accorde toutefois que ce moyen est encore en pleine expérience ; mais j'ai cru hâter la solution de la question de son utilité absolue et relative en publiant, sinon les résultats complets, au moins l'annonce de mes premiers essais.

Voici la formule du collyre de térébenthine :

Térébenthine de Venise. . 20 grammes.
Essence de térébenthine. . 10 grammes.

Mettez la térébenthine dans un mortier de marbre ; faites chauffer lentement ; et lorsque la térébenthine sera devenue fluide, ajoutez l'essence par petites portions.

Instillez matin et soir entre les paupières trois ou quatre gouttes de ce collyre.

Je n'ai pas caché que le point de départ de mes expériences sur la térébenthine est la communication de M. Serre, d'Alais, touchant le bon effet de l'essence de genièvre. En admettant l'utilité de celle-ci, il est tout à fait concevable que la térébenthine, et l'essence de térébenthine particulièrement, puissent agir dans le même sens. En effet, la composition chimique de l'essence de térébenthine est la même que celle de l'essence de genièvre, et, suivant M. Dumas, ces deux essences sont *isomériques*.

J'ai mélangé l'essence de térébenthine à la térébenthine de Venise, et il serait facile de l'unir aux corps gras et de s'en servir en pommades. J'ai dû aussi l'essayer pure ; car il fallait vérifier si alors son action ne serait pas plus puissante, plus rapide, sans être nuisible : elle cause seule une douleur beaucoup plus vive, et elle a sensiblement ravivé l'inflammation dans un ou deux cas ; dans la plupart, j'ai dû revenir au mélange de l'essence et de la térébenthine de Venise, et en somme je crois ce mélange préférable. Cependant quelques malades ont supporté l'essence pure sans éprouver d'inconvénient notable ; deux lui ont attribué une amélioration plus marquée dans leur vision. Je compte en continuer l'emploi dans le traitement des taies, lorsque la conjonctivite est dissipée (1).

Depuis le 1er janvier 1846, j'ai recueilli à Beaujon un assez grand nombre d'observations, qui prouvent manifestement l'utilité de la térébenthine en collyre ; j'en ai fait aussi plusieurs fois usage en ville avec le même succès. Je m'abstiendrai toutefois, pour le moment, d'en

(1) M. Laugier joint ici six observations de conjonctivites, de kératites, de cornéites scrofuleuses, de blépharites, où son traitement a eu de bons résultats.

parler avec détail, mon but unique ayant été d'engager mes confrères à répéter mes essais. Il sera convenable plus tard de déterminer la portée de ce nouveau moyen et sa valeur relative avec plus d'exactitude.

DES DIVERS PROCÉDÉS OPÉRATOIRES POUR LE TRAITEMENT DU SPINA-BIFIDA.

Le spina-bifida, considéré plus spécialement au point de vue de la thérapeutique, constitue une des plus graves affections des nouveau-nés ; aussi a-t-il en tout temps fixé l'attention des chirurgiens, et suscité de leur part de nombreuses tentatives dans le but d'en obtenir la guérison. Quant à la valeur réelle de ces tentatives, on ne peut bien s'en rendre compte que par l'efficacité des procédés opératoires qu'elles ont produits et l'examen des résultats dus à chacun d'eux.

—La compression de la tumeur, que Heister rapporte avoir vue réussir entre les mains de Stœber, et que plus tard conseillèrent Abernethy et Astley Cooper, est un moyen simple et qui n'offre aucun danger quand on a soin de l'exercer par degrés et méthodiquement, de manière à ne pas produire le refoulement brusque du liquide céphalo-rachidien, et par suite la compression du cerveau. — Astley Cooper l'a employée avec succès, et il n'est pas sans intérêt de rappeler le bandage dont il se servit dans cette circonstance : il fit usage d'un moule en plâtre, dont la concavité s'adaptait à la surface convexe de la tumeur : il remplit successivement ce moule de charpie, et il finit, au bout de cinq mois, par lui substituer un bandage à pelote, comme celui dont on se sert pour la hernie ombilicale. Un peu plus tard Astley Cooper associa l'acupuncture à la compression, et il obtint, à l'aide de cette méthode mixte, deux guérisons sur trois malades : c'est là un très-beau résultat et tout à fait propre à encourager les praticiens à s'attacher au procédé du chirurgien anglais, d'autant mieux que les docteurs Robert et Rosetti lui furent chacun redevables d'un succès dans deux cas où l'état de l'enfant offrait des chances défavorables, car il y avait paraplégie. — Dans le cas rapporté par M. Robert, les premières ponctions furent suivies d'une inflammation très-vive des parois de la tumeur, accompagnée de violentes convulsions : les saignées locales triomphèrent de ces accidents ; la peau de la tumeur s'épaissit, on comprima progressivement, et la tumeur disparut par degrés, laissant dans le point où elle avait existé une dépression. Sur le malade de M. Rosetti il ne se développa aucun accident inflammatoire, et un an après le traitement, le rachis offrait dans la région lombaire où

siégeait la tumeur, un plan de consistance demi-cartilagineuse.—Dans les deux cas, la paraplégie disparut, en même temps que la guérison s'effectuait; d'où il résulte que, contrairement à l'opinion d'Astley Cooper, la paraplégie n'implique pas nécessairement l'existence d'une altération profonde de la moelle, et qu'elle ne saurait constituer pour le praticien une contre-indication de nature à l'empêcher d'agir. — Nous signalerons encore comme appartenant à la méthode mixte d'Astley Cooper le procédé de M. Skinner qui, après la ponction, laisse à demeure une petite canule pour évacuer de temps en temps le liquide sans faire de nouvelles ponctions. L'enfant ainsi opéré mourut après six mois de traitement. — Il est probable que la canule, ainsi laissée dans la tumeur, y détermina une phlegmasie chronique des méninges rachidiennes, comme il arrive au *séton* conseillé par Desault, et généralement abandonné à cause des accidents inflammatoires et promptement mortels qu'il a souvent produits. — La ligature de la tumeur proposée par Forestus, et plus tard préconisée par B. Rell, a donné des résultats qui ont dû y faire renoncer. — Enfin Hamilton aurait fait pratiquer l'excision de la tumeur par un de ses élèves, et l'opération aurait réussi. — Pendant longtemps le traitement chirurgical du spina-bifida resta stationnaire, et ce n'est que dans ces derniers temps que l'on s'en est occupé de nouveau et que l'on a proposé plusieurs opérations dont il est facile, ainsi que le fait remarquer M. le docteur Laborie, de retrouver les éléments dans les divers procédés plus anciennement connus. M. Dubourg, le premier, enleva la tumeur par excision, et pratiqua immédiatement après la suture entortillée ; il aurait eu par cette méthode deux succès : moins heureux que son élève, M. le professeur Roux vient d'échouer tout récemment sur un enfant de trois mois, qu'il a opéré à l'Hôtel-Dieu : la tumeur avait le volume d'un œuf, ayant son grand diamètre transversal ; elle était tendue, fluctuante et transparente. La tumeur fut rapidement ouverte ; 200 grammes environ de liquide céphalo-rachidien s'en écoulèrent; M. Roux appliqua au même instant son doigt sur l'ouverure vertébrale pour arrêter l'écoulement du liquide, et s'opposer à la pénétration de l'air dans le canal : un aide ayant mis son doigt à la place du sien, M. Roux excisa une grande portion de la tumeur, et rapprocha ensuite les bords de la plaie au moyen de six points de suture entortillée. — L'enfant a succombé le surlendemain. — M. le docteur Tavignot enlève également la tumeur, mais pour éviter plus sûrement l'introduction de l'air, il en saisit d'abord la base avec des pinces analogues à l'entérothôme de Dupuytren, et il excise ensuite tout ce qui est en dehors des pinces ; ce procédé, à l'avantage qu'il a de mieux

prévenir l'introduction de l'air, joint celui d'adosser deux surfaces opposées des parois de la tumeur, et de favoriser ainsi l'adhérence avec elle-même de la membrane séreuse qui les recouvre. Ce principe de l'adossement des séreuses a été surtout admis dans le traitement du spina-bifida par M. Benard : son procédé opératoire, que nous trouvons reproduit dans l'excellent Mémoire de M. le docteur Laborie (de l'hydrorachis lombo-sacré, tom. XIV, *Ann. de la chirurg. franç. et étrang.*), consiste à rapprocher le feuillet pariétal séreux à la base de la tumeur en pinçant fortement les parois tégumentaires dans le sens vertical ; il maintient ensuite en rapport les faces séreuses à l'aide de deux tuyaux de plume appliqués de chaque côté suivant la longueur de la tumeur ; les tuyaux de plume sont maintenus en place à l'aide d'un cordonnet, dont un des chefs introduit de haut en bas dans l'un des tuyaux est ramené de bas en haut par l'autre tuyau de plume. On attache ensuite les deux chefs du cordonnet. Aux deux tuyaux de plume de M. Benard, M. P. Dubois a substitué deux petites lamelles de fer percées de plusieurs jours suivant leur largeur, et terminées par un petit renflement que supporte un col rétréci : il applique chacune des lamelles sur chaque côté de la base de la tumeur ; puis, il les rapproche l'une de l'autre et les fixe au moyen de fils enroulés sur le col qui existe près de leurs extrémités : de cette façon le feuillet pariétal se trouve adossé à lui-même. Pour faciliter le travail adhésif, M. Dubois passe à travers les jours ménagés sur les lamelles deux épingles qui traversent la tumeur à sa base : le soir même du jour de l'opération on fut obligé d'enlever l'appareil ; le petit malade était très-mal, il avait les extrémités inférieures fortement retenues dans la flexion sur le ventre. Le lendemain il succomba. M. Laborie nous apprend qu'il existait un épanchement purulent dans la cavité arachnoïdienne ; que la moelle épinière sortie de son canal adhérait à la paroi de la tumeur sans qu'on pût la suivre au delà de ce point d'adhérence ; elle semblait se perdre dans les téguments eux-mêmes. — Le même auteur cite dans son Mémoire une seconde observation, dans laquelle il constata chez un enfant, mort peu de temps après sa naissance, une pareille adhérence de la moelle à la paroi de la tumeur.

Dans cette circonstance comme dans celle qui précède, on voit que tous les procédés opératoires mis en pratique ou conseillés depuis par M. Dubourg, auraient le grave inconvénient de comprendre le cordon médullaire en même temps que les parois de la tumeur, et de déterminer des accidents promptement et nécessairement mortels. La compression, d'après les indications posées plus haut, n'aurait pas exposé à ce même danger, et il nous semble que, dans l'impossibilité de connaître au juste

la situation relative de la moelle, il serait rationnel d'essayer d'un moyen simple, qui, s'il échoue, n'empêche pas de recourir ultérieurement à un des procédés chirurgicaux dont les résultats sont, comme on a pu le voir par ce qui précède, fort peu satisfaisants jusqu'alors.—Pour n'omettre aucun des procédés opératoires dans cette revue thérapeutique, nous signalerons deux tentatives nouvelles, faites récemment, l'une au Havre, par le docteur Maire, et l'autre par le docteur Beaunier, à Pezou (Loir-et-Cher). —Le petit malade du docteur Maire était affecté d'un spina-bifida lombaire. Après avoir vidé la tumeur par une ponction faite à la partie la plus déclive, l'opérateur saisit la peau d'un des côtés, il y fit un pli vertical qu'il traversa à la partie inférieure, à l'aide d'une forte aiguille droite, munie d'un fil ciré double ; il fit ainsi quatre points de suture les uns au-dessus des autres, puis il abandonna ce côté de la tumeur; il saisit alors le côté opposé, y fit un pli tout semblable qu'il traversa avec les mêmes aiguilles qui avaient servi pour le premier. Il rapprocha ensuite les deux plis adossés, en complétant la suture emplumée. Il avait eu soin de dépouiller préalablement de son épiderme toute la portion de téguments comprise entre les aiguilles. Le but de cette opération était de provoquer l'adhésion de la peau mise en contact avec elle-même, et de former une sorte de bouchon interne qui devait s'adapter à l'écartement intervertébral. Le petit malade succomba au quatorzième jour après l'opération, qui échoua complétement; il présenta tous les symptômes d'une méningite rachidienne. — Quant au second procédé, celui du docteur Beaunier, il n'est autre que la ligature de la tumeur modifiée. Ce médecin plaça d'abord autour de la base de celle-ci un cercle de caustiqus de Vienne, afin d'obtenir une eschare, sur laquelle il fit porter un fil de lin médiocrement serré. Plusieurs ponctions furent faites dans la tumeur, afin d'en extraire le liquide qu'elle contenait; à mesure qu'elle perdait de son volume, la ligature fut serrée davantage. En plaçant le caustique de Vienne, ainsi que nous l'avons dit, l'auteur a voulu éviter les accidents nerveux que la ligature appliquée sur ces tissus vivants produit souvent en raison de la douleur qu'elle détermine. Ce même moyen a de plus procuré d'utiles adhérences qui, à la chute de la ligature, se sont opposées à la sortie du liquide céphalo-rachidien et à l'introduction de l'air. L'auteur pratiqua l'excision de la tumeur lorsque ces adhérences lui parurent suffisamment établies, et que la suppuration commença d'exhaler une odeur assez fétide. — Quatre mois s'étaient passés depuis la chute des eschares et la cicatrisation, quand le docteur Beaunier s'assura qu'il ne restait aucune trace de la maladie, et que, dans le point de la colonne vertébrale où on avait constaté une cavité, il existait une saillie osseuse.

— N'omettrons pas de dire que la tumeur avait le volume d'un œuf d'oie, et qu'elle était située à la nuque, en regard de la troisième vertèbre cervicale. — Comme ceux qui précèdent, ces deux derniers procédés ont l'inconvénient de mettre en péril le cordon médullaire, si ses rapports avec les parois de la tumeur étaient tels que nous les avons indiqués dans deux observations ; aussi pensons-nous qu'il est rationnel dans tous les cas de recourir à la compression, de préférence à tout autre.

X***.

CHIMIE ET PHARMACIE.

DE L'EMPLOI DE LA STÉARINE EN PHARMACIE.

M. Barbin, pharmacien à Angers, a publié, dans le courant de l'année dernière, la formule d'un cérat dans lequel la stéarine était substituée à la cire. M. Lutrand, pharmacien à Montpellier, réclame aujourd'hui la priorité de cette idée : il résulte d'une note insérée par lui dans le *Journal de la Société pharmaceutique d'émulation*, que, depuis neuf ans qu'il a proposé cette substitution, dans un travail lu au Cercle pharmaceutique, il n'a pas cessé d'avoir dans son officine un pot de *stéarat*. M. Lutrand ne pense pas qu'on doive conserver le nom de cérat à une préparation dans laquelle il n'entre pas de cire : c'est, en conséquence, par celui de *stéarat* qu'il désigne son nouveau produit.

Le *stéarat* a toutes les propriétés du cérat, et il coûte moins cher. Il serait donc à désirer qu'il fût adopté dans les hôpitaux. Voici quelques formules que M. Lutrand propose :

Stéarat simple.

Pren. : Stéarine divisée en fragments peu volumineux. 3 grammes.
Huile d'amandes douces ou huile d'olives fine. 16 grammes.

Après avoir fait fondre dans un pot, au bain-marie, il agite modérément avec une spatule, jusqu'à ce que le stéarat soit à moitié figé ; alors il le laisse refroidir. En agissant ainsi, il empêche la stéarine de se séparer partiellement de l'huile, et l'air de rester interposé dans le mélange.

Le stéarat simple peut devenir la base de plusieurs stéarats composés. En y faisant incorporer certains liquides, des extraits, des sels, des poudres, etc., le médecin peut le rendre propre à remplir telle ou telle indication.

Stéarat à l'eau.

Pren. : Stéarine	3	grammes.
Huile d'amandes douces ou huile d'olives fine.	16	grammes.
Eau distillée	12	grammes.

Il fait fondre la stéarine dans l'huile à une très-douce chaleur, au bain-marie. On verse ce mélange dans un mortier de marbre préalablement chauffé avec de l'eau bouillante, et on agite vivement jusqu'à parfait refroidissement, en ayant le soin de faire retomber dans le mortier les portions qui se figent contre ses parois et contre le pilon. Sans cela, elles y prendraient une grande consistance, et il serait difficile d'éviter la formation de grumeaux. Alors on incorpore l'eau en la versant peu à peu, et on agite jusqu'à ce que le stéarat adhère, sans séparation aucune, à la surface du pilon, lorsqu'on soulève celui-ci en dehors du mortier.

M. Lutrand préfère opérer ainsi que laisser refroidir complétement la masse et la ratisser ensuite avant de la battre. Ce mode est plus long; de plus, la stéarine se sépare et cristallise dans le mélange lorsqu'on le laisse refroidir lentement. Il faut alors triturer longtemps pour arriver à une division exacte. Mais peu importe le mode dont on voudra faire usage, pourvu qu'on arrive à avoir un produit parfaitement uni, et duquel l'eau ne se sépare point.

Céro-stéarat.

Voici encore une autre formule dans laquelle M. Lutrand unit parties égales de stéarine et de cire. Elle tient le juste milieu entre le cérat et le stéarat.

Pren. : Stéarine	1	gramme 1/2.
Cire	1	gramme 1/2.
Huile	16	grammes.
Eau distillée	12	grammes.

Il opère ainsi qu'il a été dit pour le stéarat à l'eau.

Le *céro-stéarat* est une excellente préparation; sa blancheur est des plus éclatantes; son homogénéité parfaite. Il est susceptible d'une assez longue conservation. Pour rendre son odeur agréable, on peut remplacer l'eau distillée par l'eau de roses, et plus souvent par celle de laurier-cerise, comme le conseille M. Deschamps (d'Avallon) pour la préparation du cérat.

Quant aux doses que prescrit M. Lutrand, il ne les donne pas comme rigoureusement invariables. Dans certaines localités, et à cause des fortes chaleurs de l'été, ces proportions nécessiteront quelques légères

variantes, toujours faciles à saisir, pour conserver à ces médicaments la consistance qu'ils doivent avoir.

M. Lutrand se sert aussi, avec avantage, de la stéarine pour augmenter convenablement la consistance de l'axonge que l'on destine, dans les pharmacies, à la préparation des pommades. Il fait ordinairement un mélange dans les proportions suivantes :

Pren. : Axonge purifiée...................... 16 grammes.
Stéarine...................... de 2 à 3 grammes.

FALSIFICATION DE L'IODURE DE POTASSIUM PAR LE BROMURE; MÉTHODE POUR DÉTERMINER LA QUANTITÉ DE CE DERNIER DANS LE MÉLANGE.

La falsification de l'iodure de potassium par le bromure de cette base étant un fait démontré, M. Personne, préparateur à l'Ecole de pharmacie de Paris, croit utile de faire connaître le procédé suivant, à l'aide duquel on peut non-seulement reconnaître le mélange de ces deux produits, mais encore doser le mélange.

Quand on traite une solution d'iodure de potassium par du sulfate de cuivre, on sait qu'il se précipite immédiatement un protoiodure de cuivre, et que, par conséquent, la moitié de l'iode de l'iodure reste en dissolution, malgré l'excès de sulfate de cuivre ajouté.

M. Duflos a démontré qu'on pouvait précipiter tout l'iode de cette dissolution à l'état de protoiodure de cuivre, si l'on vient à y ajouter un excès d'acide sulfureux qui, agissant de concert avec l'iode, réduit le bioxyde de cuivre à l'état de protoxyde en passant lui-même à l'état d'acide sulfurique.

Comme cette même réaction n'a pas lieu avec les chlorures, cette méthode a été appliquée à la recherche du chlorure de potassium dans l'iodure : il restait à savoir si elle pouvait être aussi employée à la détermination du bromure dans le même sel. M. Personne s'est assuré, par des expériences précises, qu'elle est on ne peut plus exacte pour ce dernier cas.

L'opération se fait de la manière suivante : on dissout, à froid, l'iodure soupçonné dans une suffisante quantité d'eau distillée, on y ajoute un excès de sulfate de cuivre en dissolution, puis on sature le mélange par l'acide sulfureux ; aussitôt que ce dernier est en excès, tout l'iode est précipité à l'état de protoiodure de cuivre, tandis que le bromure reste indécomposé : on sépare par le filtre l'iodure cuivreux, que l'on peut peser après l'avoir lavé et séché. Les eaux du lavage étant réunies au liquide filtré, on y ajoute une nouvelle quantité de sulfate de

cuivre et d'acide sulfureux, et on porte le mélange à l'ébullition : alors tout le bromure est décomposé à son tour et le brôme précipité à l'état de protobromure de cuivre, qui peut être dosé comme le premier.

Si l'on veut se contenter de déterminer la présence du brôme dans le mélange, il suffit, après avoir séparé l'iodure cuivreux par le filtre, de mettre le liquide dans un tube, d'y verser un peu d'éther et d'eau chlorée, puis d'agiter : par le repos l'éther vient nager à la surface en entraînant tout le brôme, qui le colore en jaune rougeâtre.

Cette méthode, par sa simplicité et son exactitude, est préférable à celle qui consiste à convertir le mélange en iodure et bromure d'argent, que l'on sépare ensuite par l'ammoniaque; car cette dernière donne presque toujours des résultats inexacts.

DU DÉGORGEMENT DES SANGSUES AU MOYEN DU VIN.

M. le docteur Lauriani, médecin communal à Gerano, a proposé dernièrement un nouveau moyen de dégorgement des sangsues qu'il dit préférable à ceux qui étaient employés. Il consiste dans l'immersion des sangsues, à mesure qu'elles se détachent, dans du vin pur. Ce procédé a été examiné avec soin et jugé par MM. Gaultier de Claubry et Foy, au nom de la Société de pharmacie de Paris. Il résulte d'expériences nombreuses, faites par ces messieurs à l'hôpital Saint-Louis avec différents vins blancs ou rouges, que ce moyen ne mérite aucune préférence, qu'il est incapable d'opérer le dégorgement complet des sangsues. Mise dans le vin, la sangsue n'éprouve que deux ou trois vomissements, ne rend que la moitié du sang qu'elle a tiré, et périt le troisième ou le quatrième jour et souvent instantanément si on la laisse plus de quatre ou cinq minutes dans le liquide vineux. Les sangsues qui survivent au vomissement par le vin sont moins fatiguées que celles qui ont été soumises à la pression ; mais elles tirent moins de sang quand, après quatre ou cinq jours de repos, on les réapplique sur les malades, que celles qui ont survécu à la pression entre les doigts et qui ont été soumises au même temps de repos. Voici les conclusions formulées par MM. Foy et Gaultier de Claubry : 1° L'immersion des sangsues dans le vin ne fait perdre à celles-ci que la moitié à peu près du sang qu'elles ont sucé ; le vomissement par la pression les prive de la totalité du sang absorbé; 2° le vomissement du sang par le vin fatigue moins les sangsues que la pression entre les doigts, mais ce vomissement les rend moins avides, moins propres à tirer du sang dans les applications ultérieures ; 3° enfin, le temps ayant une valeur réelle, le liquide employé en ayant une autre

non moins réelle, le dégorgement des sangsues par le vin est plus cher matériellement parlant que la même opération exécutée au moyen de la pression.

BIBLIOGRAPHIE.

Précis de médecine opératoire, par J. Lisfrane, tom. Ier.

Voulez-vous avoir une idée exacte de l'esprit dans lequel l'important ouvrage de M. Lisfrane est écrit? lisez la définition que cet auteur donne de la médecine opératoire. Vous verrez qu'elle est fondée sur de très-larges bases, qu'elle montre la sphère très-étendue dans laquelle le le chirurgien doit agir. Voici cette définition :

« On a dit trop longtemps que la médecine opératoire est l'art de pratiquer les opérations; l'état actuel des sciences médico-chirurgicales doit faire rejeter à tout jamais cette fâcheuse définition; elle n'entraîne, en effet, après elle que des idées de mécanique fort utiles sans doute, mais qui constituent un très-mauvais chirurgien, lorsqu'il les possède seuls.

« La médecine opératoire est la science qui traite des maladies qu'on doit opérer, de celles qui font renoncer aux opérations, ou qui exigent qu'on en retarde plus ou moins la pratique. Cette science est encore basée sur l'anatomie descriptive, sur l'anatomie chirurgicale, sur l'organogénie, sur la physiologie, et sur l'anatomie pathologique; elle s'occupe aussi très-spécialement à combattre les complications locales et générales auxquelles les malheureux opérés sont si souvent en proie; elle ne néglige enfin aucun des moyens propres à les conduire à la guérison; elle rentre essentiellement ainsi dans le domaine de la médecine; car malheur au chirurgien qui n'est pas doué de connaissances médicales profondes! sans cette importante et indispensable condition, l'opérateur verrait souvent quelques jours de triomphe se convertir en un jour de deuil. »—Nos lecteurs savent depuis longtemps que nous adoptons les principes émis par le chirurgien en chef de l'hôpital de la Pitié; car, nous l'avons dit souvent, grâce à l'alliance heureuse de la médecine et de la chirurgie, cette dernière compte un infiniment plus grand nombre de succès. En traitant de l'unité de l'art de guérir, M. Lisfrane dit que « les registres de l'hôpital de la Pitié fournissent la preuve qu'il a opéré cent malades dans cet hôpital en l'année 1844, et que trois seulement ont succombé. » Il suffit d'ailleurs de parcourir son livre pour se convaincre qu'il est toujours fidèle aux sages préceptes qu'il a émis au commencement

de ce savant ouvrage, dans lequel il prouve, contre le pédantisme des hommes éloignés de la pratique, qu'elle est presque toujours fondée sur des connaissances anatomiques, physiologiques, pathologiques et anatomo-pathologiques profondes, sans lesquelles elle marcherait dans des routes obscures où elle s'égarerait à tous moments. Les bornes de cet article ne nous permettent pas de poursuivre plus loin ces belles idées; disons en passant que l'ouvrage de M. Lisfranc est essentiellement neuf, qu'on y trouve une grande érudition, que l'historique de la science y est établi avec une rigoureuse exactitude, que toutes les questions de médecine opératoire dont il s'occupe y sont franchement abordées, et avec une indépendance remarquable; il a également puisé dans les anciens et dans les modernes; il a développé plus que dans ses Mémoires les travaux qui lui sont propres, et auxquels il en a ajouté d'autres.

La petite chirurgie est traitée dans l'ouvrage de M. Lisfranc avec un soin très-minutieux et auquel nous ne saurions donner trop d'éloges. On y lira beaucoup de faits nouveaux ou peu connus que les limites de cet article ne nous permettent pas de citer. L'art du dentiste est très-négligé dans les ouvrages de médecine opératoire; il est cependant essentiellement utile et même indispensable aux médecins de province qui ne peuvent pas renvoyer les malades aux hommes spéciaux. M. Lisfranc, appréciant cette nécessité, a consacré un assez grand nombre de pages au point chirurgical dont nous nous occupons, et dans lesquelles on lira avec beaucoup d'intérêt un résumé complet et succinct de tout ce qui est nécessaire au praticien.

Parmi les sujets de haute chirurgie dont M. Lisfranc s'est occupé, nous citerons quelques chapitres dans lesquels l'esprit généralisateur du chirurgien de l'hôpital de la Pitié a groupé les objets de détail pour en déduire des conséquences générales très-utiles à la facilité des études et aux progrès de la science. Celui du toucher en chirurgie est très-remarquable; celui des règles générales pour la dissection, pour l'extirpation et pour l'amputation des tumeurs, renferme un grand nombre d'aperçus nouveaux et résume tout ce qui est nécessaire pour pratiquer sûrement ces nombreuses opérations. M. Lisfranc a écrit de belles pages sur les règles générales des amputations des membres dans leur continuité; elles suffiront presque seules pour faire ces opérations dans toutes les localités au chirurgien qui possédera des connaissances anatomiques solides. Quant aux causes qui exigent les amputations en général, M. Lisfranc les a largement exposées comme quelques-uns de ses devanciers; mais il a traité ce sujet sous un autre point de vue très-important; il a indiqué très-souvent le traitement de ces causes; il a fait ainsi beaucoup

de pathologie et il a largement exploité la thérapeutique moderne ; il a appris à diminuer le nombre des cas dans lesquels il semblait qu'on devait amputer.

L'anatomie chirurgicale est traitée avec une grande supériorité dans le livre dont nous sommes obligés de donner une trop courte analyse. Les faits nouveaux qu'expose l'auteur sont dignes de l'école de l'illustre Dupuytren, dont il fut longtemps l'un des prosecteurs. Le chirurgien de la Pitié a décrit les méthodes et les procédés opératoires avec une précision mathématique ; en généralisant le système linéaire, en appliquant aussi à la médecine opératoire descriptive le système des angles, il en a rendu l'intelligence facile même aux élèves les moins exercés. Il serait maintenant inutile de dire que le livre dont nous venons d'esquisser l'analyse est important, fort utile et contribuera beaucoup aux progrès des sciences médico-chirurgicales. C'est un des meilleurs et des plus sûrs guides pour la pratique de la chirurgie.

De la Lithotritie et des Maladies des voies urinaires, par le docteur Sal. Fr. Save, avec quatre planches. (Stockholm, 1843.)

La lithotritie est sans contredit la plus brillante conquête chirurgicale de notre siècle. Grâce aux efforts des hommes distingués qui de tous les points du monde civilisé sont venus chez nous se former à la manœuvre des instruments de lithotritie, cette admirable invention a porté ses bienfaits jusque dans les coins les plus reculés du globe.

M. Säve est un de ces savants médecins étrangers, dont le zèle pour la science n'a point de bornes. C'est à lui qu'est due l'introduction de la lithotritie dans le royaume de Suède. Médecin du roi de Suède, à la tête d'un service d'hôpital à Stockholm, il a usé de sa haute position pour triompher de tous les obstacles, pour vaincre tous les préjugés, pour combattre toutes les erreurs par des faits, et grâce à son énergie, à sa persévérance, la lithotritie occupe aujourd'hui dans le nord de l'Europe la place légitime qui lui est due dans la chirurgie contemporaine.

C'est à raconter les vicissitudes par lesquelles il a passé, les luttes qu'il a eues à soutenir pour arriver à cet important résultat, et en même temps à faire connaître d'une manière impartiale et précise les observations très-remarquables qu'il a recueillies, que M. le docteur Säve consacre l'ouvrage qu'il a publié en 1843 sur la lithotritie et les maladies des voies urinaires.

On comprend facilement la gravité des cas observés par M. Säve. Dans un pays où le bruit de la découverte de la lithotritie s'était ré-

pandu, mais où encore cette précieuse méthode n'était pas appliquée, les calculeux ne se déterminaient plus à l'opération de la taille, et espéraient en une délivrance moins douloureuse, moins dangereuse; mais le temps marchait, et la maladie faisait de tels progrès, que la guérison était impossible soit en pratiquant la taille, soit en employant la lithotritie. Les faits les plus intéressants se trouvent dans l'ouvrage de M. Säve. Dans les nombreuses opérations qu'il a pratiquées dès le début de l'introduction de la lithotritie en Suède, tous les cas étaient compliqués de rétrécissements, d'engorgements de la prostate, de catarrhes chroniques de la vessie, de polypes ; il y avait une multitude de pierres quelquefois enchatonnées. Il cite un cas où les pierres se trouvaient dans la partie membraneuse de l'urètre, qui était si dilatée qu'elle pouvait contenir, dit-il, soixante-dix calculs d'environ quatre à sept lignes et qui furent successivement brisés et extraits. Il parle de personnes qui, ayant souffert plus de vingt ans de la pierre sans vouloir se soumettre à l'opération, ne se décidaient à la fin à la lithotritie que lorsque des fragments de ces pierres, après avoir passé par le col de la vessie dans l'urètre, occasionnaient des abcès, des ulcérations, des fistules urinaires, des rétentions complètes d'urine, et des souffrances insupportables.

—M. le docteur Säve a publié récemment aussi un ouvrage sur l'emploi thérapeutique de l'électricité, de l'aimant et du galvanisme, qu'il a appliqués sur plus de mille personnes, dans un établissement public à Stockholm.

Ce n'est pas sur des théories et de vagues spéculations que repose l'ouvrage de M. Säve, mais sur des expériences directes et nombreuses qu'il a faites, sur les phénomènes intéressants qu'il a observés relativement à l'action du fluide électrique sur l'organisme. M. Säve a repris une à une toutes les questions qui se rapportent à l'emploi de l'électricité en médecine ; il a examiné tous les principes, toutes les idées qui constituent le fond de notre science relativement à ce puissant agent de guérison. Partant de faits bien étudiés et bien constatés, il a montré avec une puissance incontestable de raisonnement les riches conséquences de ces principes.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans tous ses développements. Nous nous bornerons à indiquer quelques faits généraux. Ainsi il dénie à l'électricité la puissance directe de pouvoir augmenter immédiatement le nombre des pulsations du cœur ; la puissance de ressusciter le sentiment quand il est complétement détruit, et de remplacer, comme quelques physiologistes l'ont dit, l'influx nerveux. Si l'auteur a observé quelquefois, durant l'application de l'électricité, les pulsations du cœur accélérées, il l'attribue à la sensation éprouvée par le

malade par l'effet de l'incitant nouveau et inaccoutumé, à la douleur qui en résulte, ou à une idiosyncrasie individuelle. Si, dit-il, on pouvait à volonté directement influer sur la circulation par le fluide électrique pour produire un changement décisif, la force de la pulsation serait alors augmentée, ce qui n'arrive jamais.

Mais M. Säve reconnaît et proclame la puissance de l'électricité pour rétablir la force nerveuse abaissée, influer sur l'action du système lymphatique, sur l'absorption en général, pour rendre la sensibilité aux parties ; pour régler enfin les désordres des contractions des fibres musculaires.

Ainsi, il attribue une haute importance au traitement électrique dans des cas de rhumatisme, de paralysie, d'hystérie, d'aménorrhée et de rétraction des muscles. Dans quelques cas il a obtenu aussi de bons effets dans certaines convulsions et quelques névralgies ; mais il rejette presque absolument son emploi dans les affections qui dépendent des cordons nerveux partant du cerveau et de la moelle épinière ; très-rarement il en a retiré des avantages dans ces cas.

Manuel de matière médicale, de thérapeutique comparée et de pharmacie, par M. Bouchardat, docteur en médecine et agrégé de la Faculté de médecine de Paris, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu.

Le nom de M. Bouchardat se rattache le plus honorablement aux questions les plus importantes de la matière médicale et de la thérapeutique, et le traité que nous annonçons aujourd'hui ne peut que confirmer le public médical dans l'estime qu'il a vouée à ce laborieux et savant médecin.

C'est une fort bonne idée que d'avoir ainsi réuni dans un seul volume les notions capitales que la médecine doit posséder dans la triple direction de la matière médicale, de la thérapeutique et de la pharmacie. Quand on étudie sans prévention nos meilleurs traités de thérapeutique, on y remarque avec regret une lacune, c'est l'absence de notions pharmacologiques : cette lacune est grave, car elle prépare au jeune médecin, qui débute dans la pratique, plus d'un mécompte ; heureux encore si ce n'est qu'un mécompte d'amour-propre ! En comblant heureusement cette lacune, l'ouvrage de M. Bouchardat la fait sentir encore plus vivement dans les livres, d'ailleurs fort recommandables, dans lesquels elle existe. Une autre innovation importante qu'a faite l'auteur, c'est d'étudier l'action des médicaments, non-seulement sur l'homme, mais aussi sur les animaux. Bien que ce côté de la science ne soit qu'es-

quissé dans son livre, ce n'en est pas moins une innovation à laquelle nous nous plaisons à rendre justice. Ajouterons-nous enfin que l'auteur a joint le résultat de la recherche originale à l'exposition de la science courante ? Ce sera, dès lors, appeler sur le livre du pharmacien de l'Hôtel-Dieu l'attention du savant, aussi bien que du praticien.

Anthropologie, ou étude des organes, fonctions et maladies de l'homme et de la femme, comprenant l'anatomie, la physiologie, l'hygiène, la pathologie et la thérapeutique, et avec un atlas de 20 planches d'anatomie; ouvrage destiné à répandre les connaissances médico-chirurgicales, par Ant. Bossu, docteur en médecine, etc.

A supposer que cela soit possible, est-il bon de composer, à l'adresse des gens du monde, des livres qui les initient aux mystères des sciences médicales? Telle serait la question que nous aurions à résoudre avant de rendre compte de l'ouvrage de M. le docteur Bossu; mais, pour résoudre cette question, il nous faudrait entrer dans des développements qui dépasseraient de beaucoup les limites dans lesquelles nous sommes forcé de nous renfermer ici. Nous nous contenterons donc d'indiquer brièvement les motifs sur lesquels nous nous fondons pour condamner une pareille tentative. Rien de plus fastidieux en général, pour les gens du monde, que les livres dans lesquels on disserte, avec plus ou moins de profondeur, sur les questions médicales. Il n'est guère qu'un certain nombre d'individus qui se complaisent dans la lecture de pareils ouvrages; ce sont les hypocondriaques et les esprits lascifs, que les romans du jour, malgré leurs peintures licencieuses, ne satisfont qu'incomplètement. Or, est-il bon de satisfaire, sur ce point, le goût des uns et des autres? est-ce là une œuvre utile, une œuvre de science sérieuse? S'il était possible de ramener à la vérité, par une exposition simple et vraie de la science, les malheureux hypocondriaques qui sont parvenus, à force d'analyser les mouvements de la vie, à faire de celle-ci une véritable torture, nous concevrions qu'on tentât d'arriver à ce but; mais en est-il ainsi? L'expérience de tous les jours, pour si peu qu'elle soit attentivement interrogée, répond à cette question. Le seul profit que tire un hypocondriaque de la méditation d'un livre de médecine, c'est d'ajouter à ses souffrances toutes celles dont il lit la description. Pour guérir un médecin de la manie qu'il aurait de vulgariser ainsi la science, nous ne demanderions qu'une chose, c'est qu'il eût traité sérieusement, et pendant longtemps, quelques-uns de ces malades.

Nous sommes convaincu que cette expérience le détournerait immédiatement d'une semblable entreprise, en lui en montrant la vanité.

Quant à la seconde question, il n'est jamais entré, que nous sachions, dans les attributions de la science de la vie, de faire l'éducation d'esprits lascifs. Nous sommes bien persuadé que, parmi les hommes qui ont ainsi tenté, à diverses époques, de répandre dans le monde les connaissances médicales, il est quelques hommes qui ne se sont nullement proposé ce but; mais il en est d'autres qui n'ont pas dissimulé, ou qui ont mal dissimulé cette intention; nous n'en voulons pour preuve que les titres, adroitement pipés, sous lesquels ils ont offert au public leurs ouvrages; or, c'est là du charlatanisme, et non de la science; nous n'avons donc pas à nous en occuper ici.

Maintenant, qu'est-ce que le livre de M. le docteur Bossu? C'est évidemment ce que nous venons de dire, moins assurément, nous nous empressons de l'ajouter, l'intention mauvaise que nous venons de stigmatiser; mais si cela suffit, au point de vue de la morale, pour justifier M. Bossu, cela ne suffit point pour mettre son livre à l'abri des dangers attachés à ces sortes d'ouvrages.

Dans le désir, tout à la fois de tempérer la sévérité du jugement que nous venons de porter, et de rendre une complète justice à M. Bossu, nous devons ajouter que, si son livre s'adresse aux gens du monde, il nous le présente en même temps comme un manuel dans lequel la science médicale est exposée dans son ensemble, et dans lequel le praticien lui-même peut puiser d'utiles renseignements pour le diriger dans la pratique difficile de l'art. Peut-être est-il difficile de marcher à la fois vers ce double but; l'auteur, confiant dans ses forces, n'a pas désespéré d'y parvenir.

Sous ce dernier rapport, le livre de M. Bossu n'est ni inférieur, ni supérieur à une foule de manuels dans lesquels la science est émiettée, pulvérisée; on peut dire de lui ce qu'un critique judicieux disait dernièrement d'un ouvrage de pathologie interne : « L'avantage le plus net de tous ces traités, qui se copient servilement, c'est que, quand on en a lu un, on est dispensé de l'obligation de lire les autres. » Que ceux donc qui veulent apprendre la science par la voie facile des manuels, se procurent l'Anthropologie de M. le docteur Bossu, ils y apprendront ce qu'ils auraient appris ailleurs; ici même ils auront l'avantage d'avoir pour guide un auteur instruit dont le style, en général facile, ôte à la science une partie de son aridité.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NÉVRALGIE SCIATIQUE INTENSE. — INSUCCÈS DE TOUS LES TRAITEMENTS. SYMPTÔMES D'EMPOISONNEMENT PAR LE VIN DE COLCHIQUE.

Les crues du Loir ayant inondé tous les chemins, j'étais souvent forcé de faire plusieurs kilomètres, les jambes ployées sur le devant de la selle de mon cheval. Le 7 janvier dernier, en descendant de cheval, et après avoir été près de trois heures soumis à un froid humide très-pénétrant, je ressentis une douleur très-vive entre le grand trochanter et l'ischion, se prolongeant le long de la partie postérieure de la cuisse droite, et s'arrêtant à peu près à son tiers inférieur. Les pieds, surtout le droit, étaient tellement froids, qu'il me fut presque impossible de les échauffer de toute la nuit, malgré une foule de moyens employés en pareil cas. — Le lendemain, lorsque je voulus me lever, il me fut impossible de rester debout; les douleurs devenaient si horribles, qu'à mon grand regret je fus forcé de me recoucher.

A des époques antérieures et éloignées, j'avais été atteint d'un lumbago assez douloureux, mais de peu de durée. Cette fois le plexus sacré avait transmis sa mission de douleur au nerf sciatique, le plus gros, peut-être, de l'économie. Il était facile de suivre jusqu'à son tiers inférieur, comme plus tard il eût été facile de les suivre jusqu'au pied, les ramifications de ce nerf, par les douleurs vives et lancinantes que je ressentais si cruellement lorsque je posais le pied sur le sol. Il me semblait que ma cuisse droite devenait d'une grosseur démesurée. Un fourmillement et un engourdissement très-douloureux ne trouvaient de soulagement que lorsqu'une position tenait les muscles dans le plus grand relâchement.—Je ne dirai pas tous les moyens que j'ai employés pendant plus d'un mois pour calmer mes douleurs. Sujet à des invasions hémorrhoïdaires irrégulières, j'ai commencé, mais sans succès, par les révulsifs; puis les antimoniaux, les frictions ammoniacales térébenthinées, les opiacés, la jusquiame, la belladone, sous toutes les formes connues; le tout en pure perte et sans avoir éprouvé d'autre effet que de me plonger dans une sorte de stupeur assez voisine de l'imbécillité. Pendant un grand mois, rien n'avait pu enrayer la marche de cette cruelle maladie.

Quoique habituellement en défiance contre tous les remèdes vantés avec exagération, et dont je ne comprends pas bien le mode d'action sur l'organisme, la souffrance que j'éprouvais était si horrible, j'en prévoyais si peu le terme, que je voulus essayer sur moi-même un

médicament dont la perfidie avait déjà été signalée par M. Bouchardat, quoique niée par des médecins dignes de foi.

Il me paraissait évident que, puisque l'action de ce médicament était si diversement appréciée, c'est qu'elle n'était pas constante et variait selon des circonstances que je devais chercher à connaître, puisque l'occasion s'en présentait, et avec d'autant plus de raison que les névralgies sont des maladies communes dans nos pays.

Je demandai donc 30 grammes de graines choisies de colchique d'automne; j'avais d'excellent vin de Malaga, je fis la préparation moi-même. Je ne mis que 20 grammes de semences dans 300 grammes de vin de Malaga, et encore ces semences étaient vieilles, comme m'en avait prévenu le pharmacien. Ainsi j'étais d'un tiers au-dessous de la formule ordinaire, qui est d'une partie de graines sur dix parties de vin.

Après cinquante heures de macération au lieu de quatre jours que prescrivent quelques-uns, ou de huit jours comme le veut le Codex, je pris deux cuillers de ce vin de colchique le matin et deux à midi. Je ne voulus pas attendre plus longtemps, tant mes douleurs m'impatientaient.

Pendant toute la journée, je ne ressentis que des nausées et des coliques fugaces et de peu de durée. Il me sembla bien qu'un travail s'établissait graduellement dans mon estomac. Sur le soir, ma femme voulut me faire prendre un potage, mais il me fut impossible d'y goûter; une répugnance invincible s'y opposa, et immédiatement après je fus pris par des vomissements très-abondants ainsi que par des selles très-copieuses, et, malgré les soins les plus assidus et les plus soutenus, une superpurgation grave eut lieu; les vomissements surtout devinrent inquiétants par leur fréquence et par leur intensité. J'employai différents moyens qui tous échouèrent; enfin, après trente heures, je me décidai, conformément à l'avis du docteur Allard, à prendre une potion ainsi formulée :

Pr. Sulfate de quinine	60	centigramm.
Extrait gommeux d'opium . .	5	centigrammes.
Infusion de tilleul	72	grammes.
Sirop simple	32	grammes.

Je pris cette potion en trois fois, malgré les symptômes d'inflammation gastro-intestinale que je présentais : vomissements longs et douloureux, superpurgation, coliques, sensation d'un fer brûlant parcourant les circonvolutions intestinales; par intervalles, espèce de narcotisme; pouls petit, abdominal; vive douleur à la région épigastrique, se prolongeant aux intestins et aux parois abdominales, provenant sans doute de la fatigue. — Je ne tins aucun compte

de cet état phlegmasique apparent; je le regardai, ainsi que mon confrère, comme une surexcitation sympathique du système nerveux. Le succès le plus complet a couronné notre hardiesse. Après la deuxième dose, tous les accidents ont cessé, et après la troisième, un sommeil réparateur est venu me prêter son bienfaisant concours.

Certaines personnes m'ont blâmé de n'avoir pas pris de contre-poison; d'autres, de n'avoir pas excité, redoublé mes vomissements. Je crois avoir été sage en agissant comme j'ai fait.

Y a-t-il un contre-poison contre tous les poisons? Je réponds : Non; si l'on entend par contre-poison une substance capable de décomposer le poison ingéré dans l'estomac et de le transformer en un composé inerte et inoffensif. Dans la condition présente, je n'avais point de spécifique, point d'antidote; les accidents produits étaient ceux de certains poisons âcres. J'ai fait, je crois, tout ce qu'il était raisonnable de faire : boire beaucoup dans le commencement, limonade d'orange, eau de groseille, eau froide même. Devais-je redoubler les vomissements par le moyen du tartre stibié? Je ne le crois pas. Le poison était absorbé; il avait agi à la manière des narcotico-âcres. —Toujours est-il qu'à partir de ce moment, quoique je souffre encore par le mouvement du membre, ma névralgie fémoro-poplitée a été heureusement modifiée. Dois-je attribuer cette amélioration à la petite quantité de colchicine ingérée ou à la superpurgation sous l'influence de laquelle j'ai été plus de trente heures? Je ne puis le dire. Mais mon observation doit montrer la prudence que l'on doit mettre dans l'emploi du colchique.

Houdaille, D. M.
à Troo (Loir-et-Cher.)

MONOMANIE GUÉRIE PAR L'APPARITION D'UNE TUMEUR PHLEGMONEUSE.

Je viens de lire, dans le dernier numéro de votre estimable journal, un fait pathologique qui m'en a rappelé un semblable, et que j'ai observé, il y a six ans; je veux parler de la monomanie guérie par l'apparition d'une tumeur phlegmoneuse sur le dos. Voici en résumé cette observation.

M[lle] F. Zœpingen, arrondissement d'Altkirch, couturière, âgée de quarante-cinq ans, n'étant plus réglée, maigre et d'une constitution nerveuse, est atteinte, pendant trois mois, d'une monomanie religieuse. Les antiphlostiques et les dérivatifs sur le canal intestinal n'ayant produit aucun changement dans son état, on se contenta, pendant quelque temps, de ne lui faire prendre que quelques bains simples. Vers le commencement du troisième mois, apparut une tumeur inflammatoire à la

nuque, qui prit bientôt la forme et le volume d'un anthrax considérable; dès ce moment l'état de folie s'améliora, et lorsque la tumeur fut ouverte par la lancette, les accès devinrent de plus en plus rares. Les forces, considérablement affaiblies par une longue et abondante suppuration, furent remontées par l'usage d'une infusion faible de quinquina et par l'esprit de Mindérérus; c'est par ces moyens et surtout par l'apparition de cette tumeur que cette personne fut guérie, et elle jouit aujourd'hui d'une bonne santé et d'une saine raison. Cette observation et celles de M. Giuseppe Ferramosca prouvent évidemment que les tumeurs de cette nature exercent une influence salutaire sur la guérison de cette maladie; et si dans quelques circonstances elles ne produisent aucun effet, elles sont du moins d'un pronostic favorable.

BARTH, D. M.
à Sirentz (Haut-Rhin).

BULLETIN DES HOPITAUX.

Traitement des ulcères syphilitiques, des cancers ulcérés, au moyen du galvanisme. — De toutes parts on fait de nouvelles expériences en médecine au moyen de l'électricité et du galvanisme, et l'on a vu dernièrement le magnifique résultat obtenu dans les anévrysmes par M. Pétrequin. Nous doutons fort que le traitement dont nous allons parler soit appelé à de grandes destinées pratiques, malgré le bruit qu'il a fait à Saint-Pétersbourg, où il est né, et où l'inventeur, M. le docteur Crusell, vient d'obtenir l'autorisation d'établir un hôpital pour le traitement des maladies externes au moyen du galvanisme. Le motif de notre incrédulité à l'endroit de l'efficacité de cette méthode, c'est qu'elle est à nos yeux complétement antimédicale. Qu'est-ce, en effet, qu'un ulcère syphilitique, qu'un bubon inoculable, sinon la conséquence, la preuve visible d'une infection générale? La maladie est ici du ressort de la médecine interne et non de la chirurgie. Qu'est-ce donc que ce progrès qui consiste à traiter et guérir la *syphilis* en agissant sur l'ulcère, en le faisant même cicatriser, en l'excitant ou le cautérisant même au moyen du galvanisme, comme on le ferait avec un autre caustique! Que l'on emploie l'électricité pour agir sur la fibre musculaire ou nerveuse, qu'on lui demande de modifier l'état vital des tissus, d'agir sur l'influx nerveux des organes; que M. Crusell lui-même annonce les bons effets qu'il retire de l'application du galvanisme au traitement de plusieurs maladies externes et notamment des affections

oculaires, nous le comprenons, nous le croyons ; mais qu'il ait la prétention de détruire par une action locale sur un ulcère un virus qui imprègne la constitution, qu'il dise *qu'il traite* et *guérit la syphilis* par le galvanisme, c'est ce que nous ne pouvons comprendre ni croire.

Si nous nous arrêtons à combattre cette pratique, que nous ne connaissons encore que par quelques détails incomplets qui nous sont transmis par M. le docteur Frœbelius, c'est qu'on lui a donné plus d'importance qu'elle ne mérite. L'Académie impériale de Saint-Pétersbourg en a été saisie ; les médecins du grand hôpital de la Marine, à Cronstadt, l'ont adoptée, et voici l'extrait d'une note de l'inspecteur médical, docteur Schonberg, sur les essais tentés sous ses yeux à l'hôpital de Cronstadt, pendant les six derniers mois de l'année 1845 ; l'on verra jusqu'à quel point ces résultats peuvent inspirer la confiance.

« Sur quarante-huit malades atteints d'ulcères syphilitiques ou bubons, d'après la note, la méthode a été efficace *chez la plupart*. — Tous ces bubons ont été ouverts avant qu'il fût fait usage du galvanisme. — Dès l'administration de ce moyen, tout traitement interne commencé a été cessé. Les pansements se sont faits d'abord avec de la charpie sèche, puis avec de la charpie imbibée d'eau fraîche ; dans quelques cas exceptionnels il a dû être fait usage d'axonge ou de cataplasmes émollients, à l'effet de favoriser l'enlèvement de la croûte produite par l'application du galvanisme ; pour entretenir la propreté, le siége du mal était lotionné avec de l'eau de savon ; dans les cas d'*atonie* des ulcères, on a employé la décoction d'écorces de chêne ; une solution aqueuse de potasse a servi pour enlever les croûtes et la matière sécrétée. Dans quelques cas où ils étaient indiqués, des toniques, des antiscorbutiques ont été administrés à l'intérieur. — Les malades traités par le galvanisme ont toujours, après la cure, été tenus en observation, durant un certain temps, dans l'hôpital. »

Fracture compliquée du bras. — Rupture du biceps. — Guérison. — Si la chirurgie est brillante dans les opérations hardies qu'elle invente et qu'elle exécute, elle brille plus encore lorsque, par des procédés qui exigent de la part des chirurgiens une sagacité et une prudence remarquables, elle sait conserver des membres que de prime abord on eût dit devoir être sacrifiés. C'est un fait de ce genre que M. Jobert nous a mis en demeure d'observer dans son service de l'hôpital Saint-Louis. Il s'agit d'un charretier, âgé de trente-quatre ans, d'une assez forte constitution, qui, dans une chute qu'il fit en voulant

corriger un de ses chevaux, eut le bras pris sous la roue de sa voiture, qui passa sur lui pendant qu'il était fortement étendu sur le pavé. Le lendemain, 14 janvier 1846, nous constatons cinq plaies sur le bras : trois au côté interne, une à la partie externe, et une autre au niveau de l'épitrocklée. Ces plaies, dont la plus considérable a environ quatre centimètres, ont un aspect grisâtre, on dirait que leur fond, d'ailleurs assez rapproché de la surface externe du membre, est constitué par des chairs boursouflées : le gonflement du membre est considérable : il offre sur l'autre membre un raccourcissement de trois centimètres : il y a de plus un épanchement sanguin très-étendu donnant au toucher une fluctuation qu'accompagne un bruit particulier de clapotement : il existe deux fractures, l'une en niveau du tiers supérieur du bras, l'autre au niveau du tiers inférieur. La première est comminutive, et les fragments sont fortement écartés l'un de l'autre : le supérieur se porte en dehors, l'inférieur en dedans. — La seconde est simple. La crépitation à la partie supérieure est bruyante, ainsi qu'on l'observe dans le frottement de plusieurs petits fragments osseux entre eux. Le malade, couché sur le dos, eut le bras posé dans un coussin-gouttière : au-dessus du coude des compresses longuettes furent placées et suffisamment serrées pour que les tractions exercées dans la direction de l'axe du bras ne pussent pas leur faire franchir les saillies latérales de l'articulation de l'avant-bras avec le bras. L'avant-bras est dans la pronation, reposant sur le coussin : deux lacs furent fixés aux compresses longuettes, et attachés au pied du lit pour maintenir l'extension. Un drap plié en cravate, et passant sous l'aisselle du côté malade, fut fixé à la tête du lit, et chargé de continuer la contre-extension.

Immédiatement saignée de trois palettes, diète, limonade, jusqu'au 23 janvier. L'état général devint meilleur; on donna, ce jour-là un purgatif salin pour vaincre la constipation. Le 25, M. Jobert, ayant remarqué que du gaz et des liquides séjournaient sous les téguments en partie décollés à la partie interne du bras, y pratiqua une longue contre-ouverture qui donna issue à une grande quantité de matières sanieuses et de tissu cellulaire sphacélé : toutes les plaies sont pansées à plat avec de la charpie trempée dans le vin aromatique. Quelques jours plus tard, le gonflement du membre ayant beaucoup diminué, on put s'assurer que les fragments osseux étaient bien en rapport. Au fond de la plaie on aperçut un lambeau flasque et flottant, sur lequel en exerçant des tractions, on ne tarda pas à s'apercevoir qu'il s'agit d'une portion notable du muscle biceps qui a été rompu ; comme cette masse musculaire s'engage par l'ouverture de la plaie, M. Jobert la saisit avec des pinces, et l'excise dans une longueur de

quatre centimètres. Dans les premiers jours de février, la plaie du côté interne du bras commence à se recouvrir de bourgeons charnus : l'état général est excellent, l'alimentation est abondante, les fonctions digestives se font bien. Tout à coup l'aspect de la plaie, qui devient grisâtre et sanieux, annonce l'invasion de la pourriture d'hôpital, dont on s'est rendu promptement maître au moyen de la cautérisation avec le nitrate acide de mercure. Le 20 février, un abcès s'est formé au niveau de la fracture supérieure : on l'ouvre; la cicatrisation du foyer se fait rapidement. Le 10 mars, toutes les plaies sont cicatrisées; le cal est volumineux, solide déjà en apparence : le membre est laissé libre depuis quinze jours : le malade demande à se lever ; on le lui permet, en ayant soin de solidifier le cal au moyen de deux attelles; malgré cela, au bout de quelques jours on s'aperçoit que le cal a fléchi; on remet le bras dans l'appareil que nous avons décrit; bientôt il a repris sa forme et sa rectitude normales, et le 9 avril la consolidation est assez complète pour que le malade puisse quitter l'hôpital.

Suc de la seconde écorce de sureau dans l'ascite.—Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de parler des propriétés diurétiques que M. le docteur Martin Solon a signalées à un haut degré dans le suc de la seconde écorce de sureau. L'on peut, à cet égard, consulter les articles contenus dans les tomes 2, 4, 5, 7, 10, 24 de ce recueil. Comme les hydropisies sont des affections souvent réfractaires, et qu'il faut souvent essayer une foule de moyens avant d'arriver au modificateur efficace, il est bon que les praticiens n'oublient pas la vertu hydragogue du suc exprimé de la seconde écorce de sureau, administré à la dose de 30 à 60 grammes le matin. Il y a dans ce moment à l'hôpital Beaujon, pavillon Rambuteau, n° 304, service de M. Legroux une malade qui retire les plus grands avantages de ce médicament. C'est une jeune Anglaise, âgée de vingt-six ans, affectée, depuis sept mois, d'une hydropisie enkystée de l'ovaire droit. La marche très-rapide de cette affection avait obligé à recourir de bonne heure à une ponction. Une péritonite intense suivit cette opération, et la malade faillit succomber. Dès la convalescence de cette péritonite, le liquide abdominal se reproduisit, et quand cette femme entra à l'hôpital, il y a quinze jours, la circonférence du ventre était de 1 mètre 38 centimètres. M. Legroux la soumit immédiatement à l'action du suc de sureau, administré à la dose de 30 grammes environ chaque matin. Ce médicament a produit les premiers jours, comme cela arrive presque toujours, du malaise, des vomissements assez intenses, de la salivation et des garde-

robes ; puis, ces phénomènes ont diminué et disparu, et il s'est établi une diurèse extrêmement abondante. La quantité des urines surpasse de quatre ou cinq fois celle des boissons. Le ventre mesuré ne donne plus que 83 centimètres de circonférence. Quel sera le résultat définitif? Nous ne pensons pas que ce soit la guérison, car il y a ici ce qui n'existe pas toujours dans les hydropisies, une cause matérielle, une tumeur pour entretenir la formation du liquide.

Extraction d'une pièce de cinq francs engagée dans l'œsophage. — Le lundi 6 avril, un homme, âgé de trente-cinq ans, discutait avec plusieurs de ses amis sur la possibilité d'avaler une pièce de cinq francs. Il prétendait que la chose était impossible, que le volume de la pièce s'y opposait; en même temps il mettait entre ses lèvres et un peu dans sa bouche cette pièce de cinq francs qu'il n'avait pas du tout l'intention d'avaler, lorsque, dans un mouvement vif d'inspiration, celle-ci se précipita dans le pharynx, et de là dans l'œsophage. Par suite d'un mouvement de déglutition, sollicité par la présence même du corps étranger en contact avec la membrane muqueuse pharyngienne, il y eut aussitôt un accès de suffocation qui dura une heure environ : passé ce laps de temps, la respiration redevint normale. La déglutition resta douloureuse même au passage de la salive ; le malade ne put prendre que quelques cuillerées de liquide. Le soir du jour de l'accident, un médecin fit prendre l'émétique, il y eut plusieurs vomissements sans que la pièce fût expulsée. La nuit suivante, insomnie et sensation douloureuse dans un point fixe du cou, en regard du cartilage cricoïde. Le mardi 7, le malade put prendre deux petits potages très-liquides, mais avec difficulté. Le même jour il tenta vainement d'avaler un peu de pain bien mâché : dans la nuit du mardi au mercredi, le sommeil fut assez calme. Le mercredi 8, cet homme entra à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Jobert de Lamballe.

Il accusait la sensation douloureuse dans le même point que nous avons précisé. M. Jobert commença par pratiquer le cathétérisme de l'œsophage, le malade étant couché : il se servit d'une sonde en gomme élastique. Il ne sentit aucun obstacle, pas plus en retirant cette sonde qu'en l'introduisant : il fit alors asseoir le malade sur une chaise ; il introduisit avec précaution l'instrument de Grœfe, et cette fois, il sentit un obstacle au niveau du cartilage cricoïde ; en imprimant à l'instrument un léger mouvement de rotation, il put franchir cet obstacle sans trop d'effort, ce qui était on ne peut plus important pour ne pas repousser le corps étranger plus avant dans l'œsophage. Dès qu'il eut

porté l'instrument au-dessous du point occupé par la pièce de cinq francs, M. Jobert s'assura par de petits mouvements de va-et-vient, et de bas en haut, qu'elle était engagée dans l'échancrure que représente l'anneau de Grœfe. Dès lors l'extraction s'en fit très-facilement ; quand elle fut ramenée dans le pharynx, elle quitta l'instrument, et M. Jobert, ayant promptement retiré celui-ci, alla chercher la pièce de nouveau avec le doigt. La douleur de l'œsophage cessa presque aussitôt. Il ne survint aucun accident; le malade prit, dès le lendemain, des aliments solides et il quitta l'hôpital deux jours après.

OEdème de la glotte grave, guéri en quelques jours par l'iodure de potassium. — Encore un résultat merveilleux et inespéré, obtenu par l'iodure de potassium. Une femme de cinquante ans est admise, il y a douze jours, dans le service de M. Legroux, à l'hôpita Beaujon. Cette femme est affectée d'un œdème de la glotte, et présente tous les symptômes de cette grave affection : voix rauque, presque aphone, petite toux fatigante, oppression, gêne extrême de la respiration, présentant le caractère bruyant du cornage chez les chevaux. Cet état existait depuis trois mois, mais à un moindre degré. La difficulté de respirer devint telle, deux ou trois jours après son entrée, que l'on pensait devoir recourir à la trachéotomie pour éviter la suffocation, qui était imminente dans certains moments. M. Legroux ayant examiné avec attention la bouche et la gorge, y aperçut l'apparence de quelques cicatrices qui lui firent penser que l'œdème de la glotte pourrait bien être consécutif d'ulcérations syphilitiques. Dans cette idée, et malgré les dénégations de la malade sur cette cause, il fit administrer l'iodure de potassium à la dose d'un gramme par jour. Dès le troisième jour de l'administration de ce précieux médicament, la respiration était moins bruyante et plus facile, l'oppression avait sensiblement diminné, le facies moins congestionné, meilleur. L'amélioration a été tellement rapide, qu'au huitième jour de l'administration du remède, tous les symptômes de l'œdème de la glotte avaient disparu, la respiration était complétement libre, et la malade pouvait être considérée comme guérie. On continue le médicament, malgré cela. Ce n'est plus que dans les très-grandes expirations que l'on perçoit encore dans le tube aérien un léger bruit de frôlement.

Hydrocèle vaginale traitée par l'injection de 128 *grammes de teinture d'iode pure.* — Le 4 mars 1846, le nommé Branier, âgé de trente-trois ans, d'une constitution robuste, entra à l'hôpital Saint-

Louis. Cet homme raconte qu'il y a six mois, après avoir reçu un coup de pied dans le bas-ventre, il vit son testicule droit se tuméfier sans douleur, même à la pression un peu forte. Actuellement on constate que le côté droit du scrotum est plus volumineux que celui du côté opposé : la tumeur, évidemment liquide, fluctuante et transparente, ne laisse aucun doute sur sa nature, c'est bien une hydrocèle. Le testicule paraît sain, l'épididyme est notablement hypertrophié. Le 6 mars, M. Jobert pratiqua une ponction et donna issue à un liquide transparent, de couleur citrine. Après la ponction et l'évacuation du liquide renfermé dans la tumeur, ce chirurgien injecta dans la tunique vaginale 128 grammes de teinture d'iode pure ; cette injection s'accompagna de douleurs assez fortes dans le testicule, comme si en ce moment on l'eût fortement comprimé. La teinture d'iode fut laissée quelques instants dans la tunique vaginale, puis évacuée par la canule du trocart. Les dernières gouttes qui s'écoulèrent furent accompagnées d'une matière blanche presque solide. Les douleurs qui suivirent l'injection persistèrent pendant environ trois heures, se faisant plus particulièrement sentir dans l'aine et à la partie supérieure et interne de la cuisse. Dès le lendemain du jour de l'opération, l'intérieur de la tunique vaginale est rempli de lymphe plastique ; elle forme une tumeur ovoïde et un peu douloureuse à la pression. Les douleurs de la veille ont complétement disparu ; on soutient les bourses et on prescrit le repos absolu. Pendant les deux jours qui suivirent, la tumeur fut assez douloureuse, la peau devint rouge. Pour combattre ce léger degré de phlogose, on appliqua des compresses trempées dans l'eau de guimauve. A partir de ce moment la tumeur diminua progressivement. Le 20 mars, Branier quitta l'hôpital ; le testicule du côté opéré n'avait guère plus de volume que celui du côté sain.

Congestion active du cerveau avec symptômes graves, guérie par les ventouses monstres de Junod. — Un homme d'une quarantaine d'années, venu de Chantilly et couché au n° 32 de la salle Beaujon, présentait de violentes et constantes douleurs de tête qui avaient résisté aux saignées et à une foule d'autres moyens. Des symptômes graves, tels qu'une énorme dilatation des pupilles, un affaiblissement du bras gauche, puis des membres inférieurs, qui rendait la marche incertaine, avaient suivi ces douleurs et donnaient des inquiétudes sur l'issue de cette maladie. A l'hôpital, dans l'idée que ces douleurs pouvaient être névralgiques, on les avait combattues par la belladone, les purgatifs ensuite, et enfin par un vésicatoire à la nuque. Ces moyens, loin d'amoindrir les douleurs, les avaient exagérées ; elles étaient atroces, et

le malade n'avait plus un seul instant de répit. C'est dans ces circonstances que M. Legroux a eu recours à l'énergique révulsion opérée sur les deux jambes par les bottines, ou mieux les ventouses monstres de Junod. Une première application amena une amélioration importante : une rémission des douleurs de quatre ou cinq heures fut obtenue. En les appliquant le lendemain, l'amélioration se renouvela. Huit applications ont été faites, et les douleurs de tête ont complétement disparu, la faiblesse des membres n'existe plus. Depuis deux jours le malade, qui se trouve complétement bien, demande à sortir de l'hôpital ; mais on l'y retient afin de voir si la guérison se maintiendra, ce qui est probable.

Cautérisations avec l'acide sulfurique dans le traitement des arthrites chroniques. —M. Robert a employé avec un avantage réel chez trois malades affectées d'arthrite chronique du poignet, des cautérisations transcurrentes sur les parties affectées avec de l'acide sulfurique. Il y a, en ce moment, dans ses salles à l'hôpital Beaujon, deux sujets soumis à ce moyen. On trempe un pinceau dans l'acide sulfurique, et l'on fait sur l'articulation malade quatre, cinq, six cautérisations linéaires. La révulsion opérée sur la peau par l'action du caustique, qui est superficielle du reste, a été constatée très-efficace ; elle amène une sédation de la douleur tellement évidente, que les malades réclament de nouvelles applications lorsque l'effet a cessé. Nous reviendrons sur ce sujet.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ACCOUCHEMENTS. (*L'enfant peut-il respirer dans le sein de sa mère?*) Le fait suivant qui a été communiqué à la Clinique de Montpellier par M. le docteur Tourtois, médecin à Lestrem (Pas-de-Calais), est très-curieux et semble autoriser à résoudre cette question par l'affirmative.

« Je fus appelé, dit ce médecin, dans la nuit du 5 au 6 novembre de l'année dernière, pour accoucher la femme M., âgée de 32 ans, déjà mère de plusieurs enfants. J'appris, en arrivant, que la rupture des eaux avait eu lieu depuis une demi-heure environ. Les douleurs commençaient à être assez fortes. Je pratiquai le toucher, et reconnus de suite une présentation de la face en troisième position. La tête se trouvant descendue dans l'excavation du bassin, et jugeant la version d'une extrême difficulté, je cherchai, mais en vain, à lui donner une meilleure direction. Ayant introduit deux doigts dans la bouche de l'enfant, je fus tout étonné de me les sentir sucer avec force. Émerveillé pour ainsi dire de ce phénomène, j'en fis part aux assistants, qui n'en furent pas moins surpris que moi.

« Pendant une demi-heure je por-

lai plusieurs fois les doigts dans la bouche de cet enfant, qui respirait sans être né, et toujours il les suçait avec la même énergie. En ce moment je regrettai bien vivement de ne pas avoir à ma disposition un biberon, qui m'aurait servi à lui porter du lait dans la bouche, persuadé que j'étais qu'il en aurait avalé une certaine quantité.

« Depuis vingt-quatre ans que je pratique les accouchements, j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'introduire les doigts dans la bouche d'un enfant présentant la face, mais jamais il ne m'est arrivé de les sentir sucer. Du reste, l'accouchement se termina par les seules forces de la nature. La femme étant bien constituée, fut délivrée vers six heures du matin, et mit au monde une fille du poids de six livres, pleine de vie, et qui, une heure après sa naissance, suçait le sein de sa mère avec avidité. »

ACCOUCHEMENT. (*Implantation du placenta sur l'orifice de la matrice. Nouvelle règle de conduite.*) Un des cas les plus graves en accouchements est celui d'hémorrhagie par suite de l'implantation du placenta sur le col. L'énorme mortalité, établie par des statistiques, est de un sur trois. Elle tient le plus souvent à l'application inopportune des règles posées. M. le docteur Radford et, après lui, M. le professeur Simpson d'Edimbourg, après une longue pratique et des recherches nombreuses à ce sujet, insistent sur les avantages de l'expulsion ou de l'extraction du placenta avant la naissance de l'enfant, dans les cas de perte dépendant de l'implantation de cet organe sur l'orifice de l'utérus. Ce que la nature dans quelques circonstances avait opéré au grand bénéfice de la mère, ce que l'art dans quelques autres avait tout aussi heureusement exécuté, ils l'érigent en règle de conduite et en font un précepte. En suivant cette méthode, ils disent que cette complication n'est ni si sérieuse, ni si dangereuse qu'on pourrait le supposer. Dix-neuf fois sur vingt, l'hémorrhagie a été arrêtée aussitôt ou réduite immédiatement au point de n'être plus alarmante. Dix fois sur cent quarante-une (1 sur 14). la mère a succombé dans les cas où le placenta avait été détaché ou extrait avant l'enfant. Dans 7 ou 8 de ces 10 cas, la mort de la mère ne paraît pas avoir été liée à cette circonstance exceptionnelle ou à ses suites immédiates. Restent donc 3 cas de mort sur 141 femmes, environ 1 sur 47. (*London and Edinb., Montly Journal.*)

ACCOUCHEMENT (*Observations sur le terme naturel de l'*). M. le docteur Lerny a lu à la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure un long mémoire fort intéressant, sur ce sujet, qui échappe à l'analyse. Nous nous bornerons donc à faire connaître les conclusions de ce travail : 1° le terme naturel de l'accouchement aussi bien que celui des accouchements prématurés chez la femme se rapporte à ses époques menstruelles; 2° le retour de ces époques dans tout le cours de la grossesse est en rapport avec le quantième du mois correspondant à celui du jour où les règles ont commencé à paraître la dernière fois, quel que soit le nombre de jours comptés dans chaque mois; 3° les annonces de l'accouchement à terme et des accouchements prématurés ont lieu sur le plus grand nombre des femmes au quantième désigné ou dans les sept jours qui suivent; 4° néanmoins le commencement des douleurs expulsives peut encore se reporter d'une manière normale, mais beaucoup moins fréquemment au quinzième jour du dixième mois; 5° tout accouchement à terme ou prématuré qui s'effectue avant l'époque du mois désignée peut être considéré comme étant en avance; 6° tout accouchement qui s'effectue après le septième jour de la même époque peut être considéré comme étant en retard; 7° les avances sont proportionellement en beaucoup plus petit nombre que les retards, et le plus ordinairement même elles ne précèdent pas le terme désigné de plus de 5 jours; 8° les retards, au contraire, n'ont pas de délais limités; 9° enfin, dans l'un et l'autre cas, les causes de l'avance et du retard sont fort appréciables, bien qu'il s'en trouve cependant où il est impossible de les assigner avec certitude. (*Journal de médecine de la Loire-Inférieure.*)

ALIÉNATION MENTALE (*Emploi de la coloquinte dans le traitement de l'*). Chrestien, de Montpellier, publia, en l'an IX, deux observations curieuses de manie dont la guérison avait été obtenue au moyen de frictions sur l'abdomen avec une pommade contenant 1 gramme de

coloquinte. Divers praticiens dont l'attention avait été frappée par cette publication, essayèrent ce même moyen, et obtinrent de bons résultats qu'ils communiquèrent à Chrestien. Ce praticien célèbre les consigna dans son ouvrage intitulé : *Méthode iatraleptique*; mais il ne paraît pas que cette méthode ait vivement impressionné les contemporains, car on ne la trouve indiquée ni dans les ouvrages de matière médicale, ni dans les traités sur l'aliénation mentale.

M. Chrestien neveu, agrégé de la Faculté de Montpellier, ayant employé lui-même avec succès la méthode de son oncle, a cru devoir la rappeler à l'attention des praticiens en publiant de nouveau les faits observés par Chrestien et ceux qui lui avaient été communiqués, en y ajoutant aussi les faits qui lui sont propres. Tout cela forme un total de treize observations de diverses formes aiguës de l'aliénation mentale, dans lesquelles les frictions de coloquinte ont paru avoir une efficacité réelle. L'emploi de ce moyen est fort simple : on incorpore 1 gramme de coloquinte en poudre dans 8 grammes d'axonge, et de cette pommade on frictionne l'abdomen une fois, deux fois, trois fois, selon que le remède agit plus ou moins promptement, d'une manière plus ou moins efficace. Nous voyons, en effet, dans les observations que nous avons sous les yeux, que quelquefois une première friction n'a rien produit, que d'autres fois elle n'a produit qu'un résultat incomplet, que dans d'autres circonstances il a fallu la répéter trois et quatre fois pour en obtenir tout l'effet attendu. Il est vrai que dans toutes ces observations le traitement a été complexe, que l'on y parle d'émissions sanguines, de bains prolongés, de pédiluves irritants, de dérivatifs énergiques. Il est vrai encore que ces frictions de coloquinte ont déterminé des effets purgatifs énergiques, ce qui ferait rentrer ce moyen dans la série de ceux qui servent de base à de fort anciennes doctrines ; toujours est-il qu'il y a là des faits singuliers qui devraient encourager les médecins aliénistes à essayer l'emploi de ce moyen qui ne paraît offrir d'ailleurs aucun inconvénient. (*Journal de Médecine de Lyon*, mars 1846.)

ALIMENTATION PAR LE CAFÉ AU LAIT (*De l'*) *considérée comme cause pathogénique*. Cette opinion n'est pas aussi nouvelle que paraît le croire M. le docteur A. Caron ; un très-grand nombre de médecins ont déjà attribué à l'influence du café au lait des accidents pathologiques variés, parmi lesquels la leucorrhée est au premier rang. Mais ce qu'aucun observateur ne nous semble avoir encore dit, c'est que le mélange du café dans le lait faisait perdre à celui-ci ses propriétés alibiles. De sorte qu'en faisant du café au lait, usage si généralement répandu, la base et quelquefois l'élément unique d'un repas, on n'introduirait à vrai dire, d'après M. Caron, aucune substance alimentaire dans l'économie. De là des accidents locaux d'abord, et portant principalement sur les voies digestives, déterminant ensuite des phénomènes généraux par insuffisance et perversion de la nutrition. C'est, dit l'auteur, en retardant singulièrement la fermentation du lait qu'agit le café. Ayant disposé du café mélangé avec du lait dans un bocal, ce n'a été qu'au bout de vingt-sept jours que la décomposition s'en est opérée ; tandis que le lait sucré n'avait résisté que trois jours. Ce serait en vertu des propriétés astringentes du café qu'il agirait pour retarder la digestion du lait. Mais un autre inconvénient résulterait de ce mélange, c'est que, pendant cette action d'un des éléments du café sur les principes immédiats du lait, la caféine se trouve mise à nu et vient secondairement agir sur l'estomac à la façon des autres alcalis végétaux, en produisant une hyposthénisation évidente. De quelques expériences relatées par l'auteur, il résulterait, en effet, que la caféine est un hyposthénisant énergique.

En résumé, M. Caron pense que le café au lait est un aliment complétement insuffisant, et que le mélange de ces deux substances mettant à nu la caféine, celle-ci agit sur l'économie d'une manière très-fâcheuse, de sorte que l'usage de cet aliment détermine à la longue des accidents fort graves.

La note de M. Caron ne nous semble ni assez développée, ni appuyée sur des preuves suffisantes pour qu'on puisse adopter sans réserve une opinion émise d'une manière peut-être un peu trop absolue. Que l'usage du café au lait soit, dans des circonstances assez fréquentes, la cause de beaucoup d'inconvénients, nul prati-

cien ne contestera cela. Mais, d'une manière générale, et d'après ce que nous voyous tous les jours, cet aliment ne serait pas aussi dangereux que le croit M. Caron. Qui de nous ne connaît quelque vieille femme qui, tous les jours et depuis l'enfance, prend sa tasse de café au lait sans laquelle, disent-elles toutes, elles ne sauraient vivre? Pour elles, il faut en convenir, le café au lait est ce qu'il était pour Fontenelle et Voltaire, un poison infiniment lent. (*Gaz. méd.-chirurg.*, mars 1846.)

BANDAGE AMIDONNÉ (*Relevé des journées de séjour à l'hôpital économisées par le*). L'une des objections qu'on élève contre l'emploi du bandage amidonné dans les hôpitaux porte sur la considération de la perte que fait éprouver la nécessité où l'on se trouve parfois de fendre les linges qui composent l'appareil. Mais cette perte est plus que compensée par l'économie que donne la possibilité de renvoyer les malades beaucoup plus tôt qu'avec les autres méthodes et même d'en traiter un certain nombre à la consultation externe.

M. Seutin, voulant savoir à quelle somme pouvait monter l'économie effectuée de cette manière, a fait dresser le calcul des journées de séjour à l'hôpital qui étaient nécessaires avec le traitement ordinaire, et dont l'appareil amovo-inamovible dispense. Or, ce calcul, fait pour l'année 1840, par M. Simonart, porte le nombre des journées économisées à l'hôpital Saint-Pierre, à Bruxelles, sur 1,714 blessés, à 2,203. En ne portant le prix de chaque journée qu'à 80 centimes, ce serait donc déjà, sur une seule année, une réduction de 2,394 fr. Il faut ajouter que les 1,714 malades n'étaient pas tous affectés de fractures; car M. Seutin emploie également le bandage amidonné dans beaucoup d'autres cas, tels que maladies spontanées des articulations, entorses, contusions, luxations, ulcères, etc. (*Gazette médicale*, mars 1846).

CANCER (*De la fréquence du*) *dans les deux sexes et aux différents âges.* M. Wilkinson-King a fait, à l'hôpital de Guy, à Londres, environ mille autopsies dans lesquelles il a eu soin d'examiner l'état des différents organes. L'opinion qu'il exprime sur la fréquence du cancer pourra paraître exagérée; mais elle résulte des faits qu'il a observés. On peut la résumer de la manière suivante : sur les femmes qui meurent vers l'âge de quarante-quatre ans, la moitié environ sont affectées de cancer. Pour les hommes, la proportion est de un huitième. Le nombre des cancers va en augmentant depuis le bas âge jusqu'à quarante-quatre ans. A partir de cette époque il diminue. Chez les hommes âgés de plus de soixante-cinq ans, un cinquième de ceux qui meurent sont affectés de cancer. (*London medical Gazette.*)

CHLOROSE (*Remarques sur les états morbides simulant la*). M. le professeur Gintrac, de Bordeaux, a rencontré chez un certain nombre de jeunes personnes, dont la peau pâle, la faiblesse et les palpitations de cœur, pouvaient faire soupçonner la chlorose, des indices évidents d'une irritation gastro-intestinale, qui était la cause essentielle des phénomènes observés. Fréquemment aussi il y avait coïncidence de l'irritation gastro-intestinale et de la chlorose. Celle-ci, longtemps traitée par les opiats et les pilules, dont le fer et divers stimulants faisaient la base, résistait avec opiniâtreté, et ne cédait aux ferrugineux, employés avec ménagement, qu'après la destruction de la phlegmasie chronique des voies digestives. Dans ces cas, que M. Gintrac signale, il existe aussi une pâleur générale des téguments, phénomène qui en impose aux observateurs peu attentifs; mais cette pâleur est différente, le blanc de la peau est plus mat; la faiblesse existe, les palpitations de cœur ont lieu, mais sont moins intenses, les bruits de souffle ne sont pas constants. Si l'on palpe l'épigastre ou les autres régions de l'abdomen, on découvre une sensibilité vive; quelquefois, la plus légère pression cause des douleurs très-intenses; les fonctions digestives sont profondément altérées; il y a inappétence ou dépravation du goût, nausées, éructations, constipation ou diarrhée; parfois quelques phénomènes hystériques. La langue peut être pâle, mais d'autres fois elle offre une rougeur partielle, soit de la pointe, soit du milieu. L'aménorrhée accompagne presque toujours cette disposition irritative des voies digestives.

Dans l'appréciation plus approfondie de cet état morbide du tube alimentaire, on arrive à reconnaître

qu'il ne consiste pas en une phlegmasie pure, mais qu'il résulte fréquemment d'une association de l'irritation inflammatoire avec l'irritation nerveuse. Les phénomènes observés et les résultats du traitement conduisent à cette conclusion.

Parmi les faits cités par M. Gintrac, nous choisirons le suivant, qui nous paraît suffisamment mettre en lumière les opinions de l'auteur.

Une fille de vingt-trois ans, domestique, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, ayant la peau brune et les cheveux noirs, entra à l'hôpital le 8 août 1845. Menstruée à l'âge de treize ans, elle a été atteinte d'aménorrhée à plusieurs reprises depuis trois ans; elle est venue, pendant ce temps, deux fois à l'hôpital, où elle a été traitée comme chlorotique, par les ferrugineux. Depuis un mois et demi, son état habituel de souffrance a augmenté : malaise, lassitude, essoufflement, palpitations de cœur par le moindre exercice, et surtout en montant un escalier; céphalalgie frontale gravative, légère épistaxis, trouble de la vue, sifflements d'oreilles, appétit, bouche amère; épigastre et ombilic douloureux à la pression, et après l'ingestion des aliments, même des boissons, nausées, vomissements. La peau avait une pâleur très-marquée; cette pâleur empruntait à la teinte naturellement brune et un peu jaunâtre des téguments, une nuance particulière difficile à déterminer; le pouls n'était pas fréquent, il avait un peu de plénitude; la langue offrait une bande rouge au milieu; l'abdomen était souple et plutôt déprimé que développé. Une sensibilité très-vive était provoquée par la pression, depuis la partie inférieure du sternum jusqu'à l'ombilic; les vomissements avaient cessé, les selles étaient naturelles; pas de gargouillement aux fosses iliaques. La respiration était en parlant assez bien entendue; les battements du cœur n'étaient pas précipités; un bruit de souffle assez distinct accompagnait le premier temps, et était facilement perçu depuis le troisième espace intercostal gauche jusqu'au sixième; un souffle non moins marqué existait au-dessous de l'appendice xiphoïde, et se propageait plus bas, en suivant le trajet de l'aorte. Le souffle carotidien était évident des deux côtés, et surtout à droite.

M. Gintrac traita cette malade par des tisanes rafraîchissantes, des cataplasmes émollients sur l'épigastre, des bains tièdes, des lavements, la diète. Ces moyens ne produisant qu'une amélioration légère, il fit des applications réitérées de ventouses scarifiées sur l'épigastre, qui enlevèrent la douleur. Vers la fin du traitement, il donna le sous-nitrate de bismuth, à la dose de 50 centigrammes, en deux doses; il permit une alimentation graduellement plus nourrissante, et la malade se rétablit parfaitement, en moins d'un mois, sans avoir fait usage de fer. (*Journal de méd. de Bordeaux*, février 1846.)

DIATHÈSE PURULENTE (*Observation de*). Depuis que la triste connaissance de la transmission de la morve et du farcin des animaux à l'homme a été acquise, une vive lumière a été jetée sur les causes de certaines affections qui passaient complétement méconnues ou rattachées à une étiologie trompeuse. Plusieurs cas morbides désignés par les auteurs sous le nom de diathèse purulente ont été probablement mal interprétés, parce que leur cause et leur nature n'étaient pas connues. Le fait suivant, rapporté par M. le docteur Faivre, de Baume, est-il dans ce cas? Nous n'osons l'affirmer, parce que l'attention de l'auteur ne paraissant pas avoir été portée sur ce point, son observation manque de renseignements précis sur plusieurs phénomènes dont l'absence même aurait dû être notée. — Un maréchal ferrant, âgé de quarante ans, adonné à l'ivrognerie, réclama les soins de M. Faivre pour un état de faiblesse générale dont il se plaignait depuis trois jours, avec céphalalgie, pouls lent, petit et concentré. Au huitième jour, prostration complète des forces, coma vigil, pouls irrégulier, état qui dura trois jours, cessa tout à coup, puis revint le lendemain avec plus d'intensité et subsista huit jours. Pendant ce temps, où à peine pouvait-on obtenir une réponse du malade, il se manifesta à la partie antérieure du cou une tumeur fluctuante, indolente, sans rougeur, qui, ouverte par la lancette, donna issue à un pus clair, non lié, d'un blanc jaunâtre et sans odeur. Bientôt une nouvelle tumeur se montra au flanc droit, à la hauteur de la cinquième côte; l'ouverture laissa écouler un pus de même nature, ainsi que de

cinq autres abcès semblables qui se montrèrent successivement au milieu du dos et aux lombes. L'intelligence était revenue, le malade raisonnait avec toute connaissance; mais la faiblesse musculaire allait toujours croissant, malgré les toniques, et au bout de trois mois, le malade succomba dans le marasme.

M. Faivre attribue la maladie à un refroidissement subit pendant l'ivresse. (*Bulletin de la Société de médecine de Besançon*, 1re année, 1845.)

DYSPHAGIE SPASMODIQUE, *combattue par le cathétérisme.* Les observations suivantes, qui offrent un grand intérêt pratique, ont été publiées par M. le docteur Dieulafoy, de Toulouse.

Un ancien officier, dînant à table d'hôte, se lève tout à coup en articulant avec peine cette exclamation : J'étouffe! En mangeant, il avait d'abord éprouvé de la gêne à avaler. Pensant qu'un nouveau bol alimentaire pousserait l'autre, il avait mangé avec avidité et bu pour forcer les aliments à descendre : l'œsophage s'était rempli, distendu, et l'excédant allait remonter jusque dans la cavité du pharynx. Le malade suffoquait, et la suffocation était due soit à la gêne qu'éprouvait le passage de l'air, soit à des liquides introduits dans la trachée. M. Dieulafoy, qui se trouvait fort heureusement à la même table, saisit une canne en jonc de la grosseur du petit doigt. Après en avoir garni le bout avec des étoupes, il l'introduisit dans l'œsophage, et, par des saccades fortes et réitérées, parvint à pousser le bol alimentaire dans l'estomac. Le malade put aussitôt avaler de l'eau et respirer à son aise; il n'éprouva d'autre accident consécutif qu'un peu d'irritation que calmèrent en quelques jours la diète et les boissons émollientes.

Depuis cette époque, M. Dieulafoy fut appelé auprès d'une dame à la campagne. Trois jours avant son arrivée, cette dame, étant à table, avait été prise subitement de dysphagie, avec régurgitation de matières avalées. Le médecin, après avoir employé sans succès tous les moyens que réclamait la gravité de la position, appela M. Dieulafoy, qui constata l'état suivant : prostration et faiblesse dues en partie aux évacuations sanguines pratiquées dans cette circonstance et à la diète forcée; pouls petit, déprimé, voix faible, éteinte, face pâle et décolorée; langue sèche, impossibilité d'avaler, même une cuillerée d'eau. On tenta encore des liniments toniques et rubéfiants sur la partie antérieure du cou, un vésicatoire à la nuque, etc.; mais le mal ne fit qu'empirer jusqu'au lendemain, où le cathétérisme fut jugé indispensable. M. Dieulafoy se servit, dans ce cas, d'une baleine à laquelle fut adaptée une éponge en forme d'olive. Cette sonde pénétra jusqu'au conduit œsophagien, où elle fut arrêtée par un obstacle qu'il fallut vaincre par la force. Enfin, la constriction céda, le bol alimentaire fut poussé dans l'estomac, et la malade put au même instant avaler de l'eau et du bouillon. Cet accident ne s'est plus reproduit.

Chez le sujet de la troisième observation, on avait, comme dans le cas précédent, employé inutilement les antispasmodiques et les calmants de toute espèce, lorsque le cathétérisme vint pousser dans l'estomac le bol alimentaire arrêté au milieu de l'œsophage, et faire cesser les accidents. (*Journal de médecine de Toulouse*, et *Gaz. des Hôpit.*, avril 1846.)

EPILEPSIE (*Du traitement de l'*) *par le sulfate de quinine.* L'on sait que la matière médicale tout entière a été essayée dans l'épilepsie, et qu'à part quelques guérisons isolées, obtenues plutôt par telle méthode que par une autre, cette terrible affection n'a point de traitement que des succès nombreux et soutenus recommandent plus que d'autres. M. Piorry essaye, depuis assez longtemps déjà, le sulfate de quinine dans cette affection dans ses salles de la Pitié. Nous nous bornons à mentionner le fait, n'ayant et ne pouvant avoir encore une très-grande confiance aux guérisons qui, dit-on, ont été obtenues par ce moyen. Quant au mode d'administration de la quinine dans l'épilepsie, voici ce que nous trouvons dans l'article que nous avons sous les yeux : « Il faut prescrire au malade une dose assez forte de sulfate de quinine, 1 gramme par jour; continuer tous les jours ce traitement jusqu'à guérison complète en augmentant successivement la dose du médicament jusqu'à 3 ou 4 grammes par jour. L'épilepsie ne guérit pas rapidement. Il y a d'ailleurs des sujets chez lesquels les attaques ne surviennent qu'à de longs intervalles,

et on doit rester longtemps alors dans le doute sur le résultat définitif de la médication. Ainsi un pareil traitement demande des mois entiers, quelquefois des années pour avoir une efficacité qui ne reste pas douteuse.» Ainsi, on le voit, il faut continuer *indéfiniment* cette médication jusqu'à la guérison complète, et donner le sulfate de quinine progressivement de 1 gramme à 4 grammes. (*Gaz. médic.-chirurgic.*, février 1846.)

EMPHYSÈME PULMONAIRE (*Un mot sur le*) *et son traitement*. Malgré la fréquence de l'emphysème pulmonaire, malgré la connaissance exacte des symptômes qu'il détermine, on est encore peu fixé sur la nature de cette affection, sur sa cause la plus fréquente. Tient-elle à un état inflammatoire, à un état spasmodique des bronches? — Quoi qu'il en soit, l'on se borne à un traitement palliatif, on combat l'oppression. Six cas d'emphysème pulmonaire ont été traités à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Marseille pendant le dernier semestre de 1845. M. Bernard, chirurgien interne, nous apprend que la potion suivante a été administrée avec succès contre l'oppression considérable qui accompagnait la bronchite.

Infusion de polygala...	150 gramm.
Sirop diacode........	30 gramm.
Sirop d'ipécacuanha...	16 gramm.

Cette potion calmait presque toujours les accès de suffocation, puis on augmentait rapidement la dose du sirop diacode jusqu'à 90 grammes par vingt-quatre heures : l'oppression cessait, le pouls était à l'état normal, et les malades sortaient, en apparence, parfaitement guéris. — La poudre de belladone, à la dose de 5 à 10 centigrammes par jour, a été aussi employée avantageusement. Dans les cas observés, la maladie a été plus rebelle chez les hommes que chez les femmes; ainsi, chez un ecclésiastique placé au n° 6 de la salle Saint-Jacques, chez qui l'emphysème avait brusquement commencé depuis cinq ans, l'on a donné jusqu'à 120 grammes de sirop diacode par jour, sans pouvoir amener une rémission durable dans les symptômes; c'est la poudre de belladone qui a donné le meilleur résultat. (*Arch. médicales du Midi*, mars 1846.)

ERGOTISME GANGRENEUX (*Épidémie d'*). Nous trouvons dans le compte-rendu fait par le docteur Rainard, des *Mélanges de chirurgie* de M. le professeur Janson, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, la note suivante sur une épidémie d'ergotisme gangreneux qu'il a observée.—«Plus de quarante personnes appartenant aux départements voisins de Lyon, et surtout à celui de l'Isère, en furent frappées. Le pain contenait le tiers, la moitié de seigle ergoté; la gangrène commença cinq ou six jours après en avoir fait usage. Un seul eut une gangrène du bras, tous les autres eurent les membres inférieurs attaqués; seulement chez quatre le pied est tombé; la jambe chez seize, et la cuisse chez trois. La maladie fut simple, sans complication de convulsions; le pouls, les forces, l'intelligence normales. L'opium fut donné, à l'imitation de Pott, par M. Bouchet, et par M. Janson après lui, de 10 à 15, 20 centigrammes par jour; il calmait les douleurs, augmentait la force du pouls, et la gangrène se bornait bientôt après.

M. Janson pose comme règle qu'il faut attendre la limitation de la gangrène pour opérer, et qu'il faut aussi couper non le vif, mais un peu au-delà, dans les parties gangrénées elles-mêmes. Sur dix-huit malades dont on sépara ainsi, en coupant dans le mort, une partie des membres inférieurs, cinq ont péri de lièvre adynamique.

Je ne suivrai pas M. Janson, dit M. Rainard, dans les raisons sur lesquelles il fonde son opinion, préférant renvoyer à son livre; mais je ne peux m'empêcher de rappeler que Broussais a adopté son opinion sur le mode d'action de l'ergot, considéré par tous deux comme un irritant spécifique du système nerveux, qui tue à force d'exalter ses propriétés. (*Journ. de médecine de Lyon*, mars 1846.)

FISSURE A L'ANUS (*De la*) *chez les enfants à la mamelle*. C'est une opinion généralement reçue que les enfants sont exempts de fissure à l'anus; on considère même comme des faits rares et exceptionnels ceux qui se rapportent à des individus âgés de dix-huit à vingt ans, cette maladie étant considérée comme l'apanage exclusif d'une période plus avancée de la vie. Cependant, deux

observations recueillies par M. Duclos, dans le service de M. Trousseau, tendent à prouver que les plus jeunes enfants ne sont pas complétement à l'abri de cette douloureuse maladie. Ces observations sont intéressantes, tant à cause du jeune âge des malades, qu'à cause du traitement employé avec succès; il a consisté en des lavements de ratanhia, qui ont été préconisés d'abord par M. Bretonneau, et vulgarisés ensuite par M. Trousseau.

Dans l'une de ces observations, il s'agit d'un enfant de huit mois, pris, à la suite d'une constipation violente, d'une fissure à l'anus très-étendue, qui céda, en huit à neuf jours, aux lavements de ratanhia.

Dans l'autre, il s'agit d'un enfant d'un an, pris, dans les mêmes conditions, d'une fissure moins étendue, et que le ratanhia guérit en trois jours.

Comment dans les deux cas a-t-on été conduit au diagnostic? C'est à ce point de vue surtout que ces deux observations offrent de l'intérêt.

Un enfant, dit M. Duclos, pris de constipation très-opiniâtre, jette des cris violents chaque fois qu'il va à la garderobe. Les douleurs ont cela de particulier, qu'elles ne se produisent qu'au moment où les matières fécales traversent l'anus, et qu'elles se prolongent quelques instants après. Quelle signification faut-il attacher à ce fait? Quelle valeur peut-il avoir? Pour peu qu'on y réfléchisse, le diagnostic y est presque tout entier. Évidemment, ce n'est pas là la forme habituelle des coliques. Celles-ci, bien fréquentes sans aucun doute chez l'enfant à la mamelle, n'accompagnent pas seulement la défécation, elles la précèdent surtout, et il est même, en général, vrai de dire qu'elles cèdent le plus souvent par le seul fait de l'excrétion des fèces. Or, c'est le contraire qui a eu lieu dans les deux observations dont il s'agit: et il est évident qu'une douleur très-vive, se produisant au moment précis de la défécation où les matières traversent l'anus, n'indique rien autre chose qu'une lésion occupant l'orifice inférieur du rectum. Par l'examen local, on confirma les prévisions que l'existence de cette douleur avait fait naître, et que le bon état général des enfants avait corroborée.

M. Trousseau s'est servi d'une solution composée d'un gramme d'extrait de ratanhia dans deux cents grammes d'eau. La moitié de cette solution était donnée dans un lavement, l'autre moitié était employée en lotions sur l'anus. (*Journal de médecine*, avril 1846.)

FISTULES LACRYMALES (*Leur traitement par les injections de nitrate d'argent*). M. Jobert, à l'hôpital Saint-Louis, traite les fistules lacrymales par les injections de nitrate d'argent dans les voies excrétrices des larmes, à travers le point lacrymal inférieur, et, quand il y a fistule, à travers celle-ci. Il a montré un malade qu'il a guéri en suivant cette méthode. On a quelque peine à s'expliquer la vogue dont a joui et dont jouit encore le traitement par la canule; car rien ne semble plus contraire à la saine thérapeutique que de vouloir guérir une inflammation en plaçant un corps étranger au milieu des parties enflammées.

La méthode substitutive, véritable méthode antiphlogistique indirecte, offre ici une précieuse ressource et l'emporte de beaucoup sur la méthode antiphlogistique directe appliquée seule. On se décide difficilement à recourir aux pertes de sang réitérées, nécessaires au succès du traitement par les antiphlogistiques proprement dits. Ce n'est pas à dire que ceux-ci, employés exclusivement, n'aient donné de bons résultats. Loin de là, nous les avons vus réussir assez souvent. Mais, nous le répétons, la guérison est chèrement achetée, puisqu'il faut affaiblir le sujet pour une lésion tout à fait locale et sans danger pour la vie.

Le nitrate d'argent n'exclut pas, d'ailleurs, les antiphlogistiques directs. Si l'inflammation est intense, avant de penser à modifier la muqueuse par le caustique, il faut attaquer cette inflammation par la saignée, les sangsues, les purgatifs, les pédiluves et les émollients locaux. (*Gazette des Hôpitaux*, mars 1846.)

FISTULE VÉSICO-VAGINALE (*Guérison par la cautérisation d'une*). Sous le rapport de la gravité du pronostic et de l'efficacité des moyens thérapeutiques, il existe des différences notables entre les fistules vésico-vaginales, suivant qu'elles siégent en avant ou en arrière de l'embouchure des uretères, et c'est avec raison que dans son excellente thèse de concours M. Michon a fondé

une division de ces fistules sur cette variété de siéges. Quand la fistule, en effet, est antérieure à cette embouchure et est très-rapprochée du col vésical, la malade peut retenir ses urines pendant quelque temps lorsqu'elle est dans le décubitus horizontal, ce qui permet de se servir avec avantage du cathétérisme pour en déterminer la sortie sans que les bords de la fistule soient continuellement baignés par le liquide urinaire, circonstance qui s'oppose dans presque tous les cas au succès des diverses méthodes lorsque la fistule occupe la partie postérieure du bas fond de la vessie, et on verra par le fait suivant combien cette circonstance de siége influe heureusement sur le résultat du traitement.

Une femme de trente-cinq ans entra, il y a plusieurs mois, à l'hôpital des cliniques de la Faculté; elle était accouchée au mois de mai 1845 d'un sixième enfant au moyen du forceps; le travail avait duré quarante-huit heures. Quatre semaines plus tard, elle s'aperçut qu'elle rendait de l'urine par le vagin. Un médecin qu'elle consulta alors cautérisa une vingtaine de fois avec le nitrate d'argent l'orifice fistuleux. Malgré ses cautérisations, l'urine continua de couler partie par le canal de l'urètre, partie par le vagin. A son entrée à l'hôpital, on l'examina. Cette femme conservait ses urines surtout pendant la nuit, et leur séjour dans la vessie lui faisait éprouver le besoin d'uriner. Cette circonstance, jointe à l'écoulement de l'urine par le vagin au moment de la miction, pouvait faire penser que la fistule siégeait sur le trajet de l'urètre; mais après avoir fortement relevé ce canal avec une spatule, on constata qu'il existait en arrière une dépression en forme d'entonnoir; cette dépression ne laissait d'abord apercevoir aucune trace d'orifice fistuleux; mais après avoir fermé avec le doigt le méat urinaire et engagé la femme à faire ses efforts pour uriner, on vit sortir par le centre de la dépression un petit jet d'urine de la grosseur d'un stylet. Cet orifice, situé à 38 millimètres de l'orifice antérieur du canal, était très-voisin du col de la vessie; aussi n'était-ce que dans la position verticale que les urines s'écoulaient par le vagin. Pour guérir cette affection, M. Gosselin eut d'abord recours à l'usage d'une sonde à demeure dans la vessie et au tamponnement par le vagin, tant recommandé par Chopart et Desault. Mais cette médication est très-fatigante, et la malade ne put la supporter. On eut recours alors aux cautérisations avec le nitrate d'argent : ces cautérisations ammenèrent bien, pendant deux ou trois jours, l'issue des urines en plus grande partie par l'urètre; mais, ainsi qu'on devait le prévoir, sitôt que le gonflement qu'elles déterminaient chaque fois dans les bords de la fistule fut dissipé, l'urine coula de nouveau par le vagin. On songea à faire usage du cautère actuel : la cautérisation, pratiquée avec un cautère fin, muni d'une boule, intéressa non-seulement l'orifice externe de la fistule, mais encore tout le trajet fistuleux.—Pendant les deux jours qui suivirent, il ne sortit rien par la fistule, mais les jours suivants il s'écoula beaucoup plus d'urine qu'avant la cautérisation; mais peu à peu l'écoulement diminua, et dix jours après l'application du cautère, l'urine sortait par le vagin en quantité moindre que jamais. On reprit alors les cautérisations avec le nitrate d'argent; quelques jours après, la fistule fut de nouveau cautérisée avec le fer rouge que l'on remplaça encore par le nitrate d'argent. Ce traitement fut suivi pendant fort longtemps, et aujourd'hui l'urine, depuis six semaines, ne passe plus par le vagin, quelque position que prenne la femme et quelque effort qu'elle fasse pour opérer la miction. Depuis une quinzaine de jours, elle se lève, se promène sans qu'aucune goutte d'urine s'échappe par le vagin; l'enfoncement infundibuliforme situé en arrière de l'urètre, au lieu de l'ouverture fistuleuse, présente un point blanc un peu dur au toucher et formé par un tissu inodulaire. Nous ne saurions trop louer le chirurgien, auteur de cette observation, de sa persévérance dans l'emploi des moyens qui ont amené la guérison, et ce ne doit être qu'en désespoir de cause qu'il faut recourir aux procédés opératoires de MM. Nœgelé, Jobert, Velpeau et Gallemont; car, dans tous, il faut d'abord aviver les bords de la fistule, ce qui expose, dans le cas où l'opération échoue, ce qui arrive trop souvent, à agrandir l'orifice au lieu de l'oblitérer. (*Gaz. médic.-chirurg.*, avril 1846.)

HOQUET *persistant pendant sept jours* (*Guérison d'un cas de*). Un homme de trente ans, après avoir

mangé une grande quantité de fruits, fut pris de hoquet qui s'accompagnait de vomissements. Les narcotiques et les antispasmodiques furent employés en vain; deux applications de sangsues n'eurent pas un meilleur résultat; deux purgatifs échouèrent; depuis sept jours, cet homme n'avait pas eu un instant de repos et le cas devenait très-alarmant, lorsque M. Chrestien, de Montpellier, croyant reconnaître dans ce hoquet quelques caractères de l'hystérie, c'est-à-dire d'un spasme analogue à celui qui affecte l'utérus chez la femme, prescrivit la potion suivante, qui lui a réussi souvent dans les cas d'hystérie grave :

Assa-fœtida	2 gramm.
Musc	4 gramm.
Gomme adragante	8 gramm.
Sucre	8 gramm.
Eau distillée	80 gramm.

Dès les premières cuillerées, cette potion ralentit le hoquet, qui s'éteignit tout à fait peu à peu deux jours après. (*Bulletin de l'Acad. roy. de Méd.*, mars 1846.)

HYDROCÈLE (*Du traitement de l') par les fomentations alcooliques.* Les injections vineuses et les injections iodées ont fait force bruit naguère, et il a été dépensé bien des arguments pour soutenir l'une et l'autre méthode. Voici venir une troisième méthode qui réduirait l'importance de la discussion. Cette méthode, dit M. le docteur Pleindoux, de Nîmes, son promoteur, moins pénible à mettre en pratique, moins douloureuse et tout aussi sûre que celle des injections, guérit radicalement sans souffrance et sans aucune perte de temps pour le malade, qui n'est pas obligé de garder le lit un seul jour, et elle est de plus d'une innocuité parfaite. Elle consiste tout simplement à faire des fomentations alcooliques autour du scrotum. Voici le fait qui a mis sur la voie de l'emploi d'un moyen aussi simple. Un propriétaire, marchand de vin de Nîmes, portant depuis longtemps au côté gauche du scrotum une hydrocèle considérable, vint consulter M. Pleindoux, et, par des motifs particuliers, inutiles à rappeler, réclama de ce chirurgien le traitement palliatif. La ponction fut pratiquée. On retira plus d'un demi-litre de sérosité. L'hydrocèle ne tarda pas à se reproduire. Neuf mois après, on pratiqua une seconde ponction simplement évacuatrice comme la première. Il vint dans la pensée au malade, après cette ponction, de s'entourer le scrotum d'une grande compresse pliée en quatre doubles et trempée dans l'alcool à 30 degrés (ce qu'on appelle dans le pays du 3/6). Cette application, soutenue en place par un suspensoir, était renouvelée tous les soirs. Ses premiers effets furent de faire fortement revenir le scrotum sur lui-même. Le malade n'en éprouvait d'autre sensation qu'un léger froid qui ne durait que quelques minutes. Ces fomentations furent continuées pendant quarante jours. Le malade a été parfaitement débarrassé de son hydrocèle. Depuis huit mois sa guérison ne s'est pas démentie. — Témoin de ce fait, M. Pleindoux ne tarda pas à en faire l'application à la première occasion qui se présenta, et il en est maintenant, dit-il, à son quatrième succès. (*Gazette médicale*, mars 1846.)

HYDROPHOBIE (*Formule d'un remède contre l'*). Nous avons parlé dernièrement d'un remède que l'on expérimentait à l'École vétérinaire de Lyon contre la rage; nous trouvons dans un journal italien de Turin des détails sur la préparation et le mode d'administration de ce médicament, que nous nous empressons de faire connaître tel qu'on nous le donne :

Asclépiade (*asclepias vincetoxicum*), 6 drachmes.

Écorce de sorbier *eratægna terminalis*), prise sur les plus jeunes branches, 2 drachmes.

Et la partie la plus intérieure de jeunes gousses d'ail.

Le tout se met ensemble dans un vase contenant environ une demi-pinte d'eau. On l'y laisse pendant douze heures, puis on fixe le couvercle et on place le vase devant le feu; et après la première ébullition, on le laisse à un feu modéré, ayant le soin que la vapeur ne soulève pas le couvercle et que le mélange ne bouille pas. Finalement on enlève la décoction du feu et on la transvase pendant qu'elle est encore chaude. On la fait prendre tiède. Cette décoction n'est bonne que pour un jour; il faut en faire chaque jour une nouvelle. La dose, pour une personne adulte, est de cinq cuillerées à bouche, tandis que, pour les enfants, elle ne doit être que d'une cuillerée à trois au plus, suivant l'é-

lat du malade. Ordinairement on ne prend le remède qu'une fois le jour, le matin à jeun. La préparation du remède doit être commencée la veille du jour où il doit être administré, de cinq à six heures du soir, les substances devant rester en infusion pendant douze heures et être soumises à la coction pendant plus d'une heure. A ceux qui le désirent, Kowath donne le remède deux fois par jour, matin et soir; mais dans ces cas, la dose du soir sera d'une cuillerée moindre; mais il croit que c'est inutile. Quand on sait quel jour la personne a été mordue par un animal enragé, il administre le remède après autant de jours qu'il s'en est écoulé depuis la morsure. «Si, par exemple, dit l'auteur, mon chien a été mordu par un animal enragé le septième jour après que la rage s'est manifestée, et s'il me mord aujourd'hui, je devrai prendre le remède d'aujourd'hui en sept jours. » Si, au contraire, comme cela arrive le plus ordinairement, on ne sait pas depuis combien de jours la rage s'était développée chez l'animal qui a fait la morsure, Kowath administre le remède à dater du neuvième jour de la morsure. Néanmoins, si la personne qui a été mordue témoigne de l'inquiétude, il conseille de l'administrer dès le troisième jour, et de répéter la dose pendant six jours. Du reste, il assure, d'après une expérience de plusieurs années, qu'il n'est pas nécessaire de prendre le remède avant qu'il se soit manifesté des symptômes qui indiquent que la rage est imminente, et qu'en commençant alors seulement à le prendre, il opère beaucoup plus sûrement. Aussi l'administre-t-il presque toujours de cette manière. Ce remède occasionne tout au plus un peu de malaise, et chez les enfants, il peut produire quelquefois aussi des vomissements. Kowath prête peu d'attention à la plaie qui résulte de la morsure; il considère comme opportun, mais non pas nécessaire, de la maintenir en suppuration ou de la brûler. Chez la plupart des personnes qui ont guéri, la plaie s'est réunie. (*Giornal della scienz. med. di Torino*, février, 1846.)

Les expériences faites à Lyon avec ce remède, et dont on a fait grand bruit, nous ont engagé à donner place à ce traitement de la rage. Mais nous ne comptons pas plus sur lui, jusqu'à plus ample informé, que sur tous ceux qu'on a fait connaître jusqu'ici.

HYDROPHTHALMIE (*Procédé nouveau pour l'extirpation du globe oculaire pour un cas d'*). Plusieurs fois nous avons eu déjà occasion d'appeler l'attention de nos lecteurs sur le procédé opératoire imaginé par M. Bonnet, de Lyon, pour l'extirpation du globe oculaire. Deux fois M. Bérard jeune l'a mis en pratique avec succès dans deux cas de cancer de l'œil. Aujourd'hui c'est encore un chirurgien de Paris, M. Lenoir, de l'hôpital Necker, qui vient d'en faire une nouvelle application. Pour bien comprendre l'exécution de ce procédé, il est utile de rappeler certains détails anatomiques sur lesquels il repose, et qui seuls peuvent en faire bien apprécier les avantages. M. Bonnet a décrit avec le plus grand soin une capsule fibreuse dans laquelle l'œil est reçu comme le gland du chêne dans sa cupule : cette capsule, qui, en arrière, s'insère autour de l'extrémité antérieure du nerf optique, entoure les deux tiers postérieurs du globe oculaire sans lui adhérer intimement : en avant, elle se dédouble en deux feuillets, dont l'un va se perdre dans la paupière, et l'autre se termine autour de la cornée, placé au-dessous de la conjonctive oculaire; tous les muscles traversent cette capsule qui leur fournit des gaînes pour se rendre à la sclérotique : la disposition de cette capsule est telle qu'elle isole le globe de l'œil des parties graisseuses de l'orbite ainsi que des artères, des veines et des nerfs, de telle façon qu'on peut, en glissant entre cette capsule et le globe de l'œil, le détacher complétement de ses insertions musculaires et opérer la section du nerf optique lui-même, sans léser les vaisseaux nombreux dont l'ouverture peut donner lieu à une hémorrhagie souvent très-inquiétante. —La malade de M. Lenoir était affectée d'une hydrophthalmie caractérisée par le gonflement de l'œil, surtout dans son segment antérieur : la vue est complétement abolie. Craignant que cette maladie, qui avait débuté il y a dix ans, ne s'accompagnât d'un commencement de dégénérescence cancéreuse que semblait lui indiquer l'existence d'un corps blanchâtre au fond de l'œil, M. Lenoir se décida à en pratiquer l'extirpation. Il commença par faire un pli à la con-

jonctive qu'il incisa ; par cette ouverture il put introduire l'une des lames des ciseaux sous cette membrane, qu'il incisa dans tout son pourtour à quelques millimètres de la cornée en même temps qu'il détacha les six muscles de l'œil à leur insertion antérieure. Dans un second temps, glissant les ciseaux le long de la paroi externe de l'orbite, il alla pratiquer la section du nerf optique le plus près possible de la sclérotique afin de ménager l'insertion de la capsule fibreuse à ce nerf : quand l'opération fut terminée, on put apercevoir, en écartant la paupière, la face interne de la capsule sur laquelle se voyaient encore les loges des six muscles de l'œil légèrement rétractés. Le grand avantage de cette opération est de ménager les artères et les veines de l'orbite; aussi, chez cette malade, il n'y eut d'autre écoulement de sang que celui provenant de la section de quelques artérioles. Chez cette malade, la guérison s'effectua sans aucun accident. Nous ferons remarquer, d'après l'observation elle-même, que le corps blanc du fond de l'œil qui avait fait craindre l'existence d'un cancer, n'était autre que le cristallin. Nous sommes dès lors en droit de nous demander s'il n'eût pas été plus convenable de faire la ponction du globe oculaire et d'évacuer ainsi les humeurs : on eût pu ainsi conserver une coque fibreuse, sorte de moignon représenté par la sclérotique, dont on se fût borné à enlever un segment antérieur, et de cette façon on eût eu beaucoup plus de commodité pour placer un œil artificiel qui, enchâssé entre les différents muscles de l'œil, eût joui de mouvements plus marqués, l'insertion de ces muscles à la sclérotique se faisant après leur rétraction, même lorsqu'on les incise dans une certaine étendue. (*Gaz. des Hôpit.*, avril 1846.)

IODE (*Emploi des injections d'*) *dans les abcès froids*. A l'occasion de quelques faits dans lesquels il venait d'employer les injections iodurées, M. Lugol s'est livré, devant les élèves qui suivent sa clinique, à des considérations fort intéressantes qu'il nous paraît utile de résumer ici.

Il y a plus de seize ans que, soit à l'hôpital Saint-Louis, soit en ville, M. Lugol emploie les injections iodurées dans les abcès scrofuleux, préalablement vidés, par une ponction, du pus qu'ils renferment. Mais la préparation d'iode qu'il emploie est différente de celle dont on a beaucoup parlé dans ces derniers temps, et qui a fait le sujet d'une longue discussion à l'Académie de médecine. M. Lugol a depuis longtemps reconnu de grands inconvénients à la solution alcoolique, et depuis longtemps aussi il emploie une solution iodurée préparée en faisant préalablement dissoudre l'iode, non plus dans l'alcool, mais dans l'iodure de potassium. On obtient cette dissolution en combinant une partie d'iode avec deux parties d'iodure de potassium. Cette proportion des deux corps constituants produit un mixte qui est égal dans toutes ses parties, et qui est parfaitement soluble dans l'eau distillée.

Comme nous le disions tout à l'heure, et comme cela résulte d'ailleurs des publications antérieures de M. Lugol, ce praticien emploie depuis longtemps les solutions iodurées, sous forme d'injections, dans les vastes abcès froids. Il fait ponctionner ces kystes spacieux, et, après qu'ils ont été vidés du pus tuberculeux, il les fait remplir de solution iodurée, deux ou trois fois à chaque pansement. Après ces injections, on frictionne les parois cutanées du kyste avec de la pommade iodurée ou celle de protoiodure de mercure, et, après cette friction, on applique un cataplasme ioduré aussi chaud que le malade peut le supporter.

M. Lugol a fait plusieurs autres applications de cette solution. Elle lui sert de collyre dans les cas d'ophthalmie scrofuleuse, pour lotionner les yeux, pour les baigner, et pour faire des injections derrière les paupières, au moyen d'une petite seringue. Avec la même solution, il donne des douches légères dans le grand angle de l'œil, afin de réveiller dans les voies lacrymales un degré de tonicité qui corrige l'état d'atonie et d'engorgement très-commun chez les sujets scrofuleux. Il l'emploie également dans les cas de coryza et d'ozène, sous forme de bains locaux, dans lesquels les malades aspirent dans les narines l'eau iodurée, à plusieurs reprises, dans l'espace de quelques minutes. Il compose de la même manière des manuluves, des brachiluves, des pédiluves, et tous les bains locaux en général.

Mais, avec un grand sens pratique, M. Lugol ajoute que toutes ces injections d'iode, ainsi que plusieurs autres préparations iodurées qui servent au traitement local, tous ces topiques ensemble ou séparément, ne doivent occuper qu'un rang secondaire dans le traitement ioduré; il faut agir principalement par un traitement interne et général, que M. Lugol fait encore consister dans l'iode. On ne peut pas regarder comme guéris des malades chez lesquels on a seulement fait disparaître un des signes nombreux de la maladie constitutionnelle dont ils sont affectés. Les soins locaux, quels qu'ils soient, appartiennent tous à la méthode, et n'ont de valeur que par leur emploi opportun dans l'application de cette méthode aux différentes formes de la maladie scrofuleuse. Les isoler de cette méthode, les offrir comme des procédés particuliers aux guérisons, c'est se tromper soi-même; c'est méconnaître la complexion tuberculeuse, sans la connaissance approfondie de laquelle on ne saurait aborder qu'en aveugle le traitement des maladies qui en découlent. Nous ne saurions exprimer, continue M. Lugol, la surprise que nous éprouvons lorsque nous voyons annoncer la guérison d'abcès froids, à la suite d'un mois de traitement local ioduré. Nous embrassons tous ces faits particuliers dans une seule catégorie, et nous les déclarons formellement des faits impossibles, en ce sens que si les abcès sont guéris, les malades ne le sont pas. Les praticiens qui préconisent si haut l'efficacité des topiques iodés sont dominés par un esprit de localisation qu'on ne saurait trop réprouver en médecine; leurs observations sont autant de faits erronés dont ils ensemencent le champ de la science, et qui porteront les fruits les plus malheureux dans la pratique médicale.

Tous les sujets scrofuleux traités par les méthodes locales sont scrofuleux après comme avant les traitements locaux qu'ils ont subis, quels qu'en soient les résultats immédiats; ils n'ont point changé de complexion; ils ont conservé la même prédisposition, et l'on tarde bien rarement à en voir la preuve par l'apparition prochaine de quelque autre signe du vice scrofuleux.

Ces réflexions sont parfaitement justes, et nous croyons qu'elles avaient grand besoin, en effet, d'être rappelées. (*Gaz. des hôp.*, avril 1846.)

LAIT (*Falsification du*) *par de la fécule ou de l'amidon*. La femme Prudence Désormeaux, de Caudebec-lez-Elbeuf, avait été signalée comme se livrant habituellement à la falsification du lait et de la crème, dont elle fait commerce et qu'elle apporte à Rouen. Une expérience pratiquée ces jours derniers par M. Girardin, professeur de chimie, sur une certaine quantité de crème livrée par cette femme à une revendeuse, avait donné la preuve d'une falsification à l'aide de la fécule ou de l'amidon. A l'arrivée du bateau d'Elbeuf, M. Lenoble, commissaire de police, s'est présenté, accompagné de M. Girardin, pour procéder à la vérification de la crème apportée par la femme dont nous venons de parler. L'opération a été faite dans la chambre du bateau, sur douze pots contenant cinquante-trois mesures. On y a trouvé les mêmes éléments de falsification. M. Lenoble a fait alors répandre la crème sur le pavé du Marché-Neuf, en présence de la délinquante et d'un grand nombre de curieux. La femme Désormeaux a été ensuite écrouée à la maison d'arrêt de Rouen, sous l'inculpation d'un délit entraînant une peine de trois mois à un an d'emprisonnement. Avis aux fraudeurs! Tout le monde sait qu'on reconnaît facilement ce genre de falsification par l'*eau iodée*, qui fait prendre au lait et à la crème une couleur bleue plus ou moins intense, selon la nature du mélange. (*Journal de chimie médicale*, avril 1846.)

MERCURE. (*Il peut exister à l'état de vapeur à une température peu élevée.*) M. John Davy rapporte un fait qui montre que le mercure peut, comme l'eau, exister à l'état de vapeur, même à la température ordinaire. Dans une armoire privée de lumière et où l'air ne pouvait avoir qu'une très-faible circulation, était placée, depuis deux mois environ, une auge pneumatique à mercure, pouvant contenir environ 15 kilog. de ce métal, et en même temps un flacon d'iode, non hermétiquement fermé. La cuvette était placée sur une planche inférieure, le flacon d'iode sur le gradin immédiatement supérieur, l'un au-dessus de l'autre, à environ un demi-mètre d'intervalle. La température, pendant les deux mois, avait varié de 10 degrés à

15° C. — M. J. Davy ayant eu occasion de se servir de l'iode, fut assez étonné de voir une sorte d'efflorescence d'une brillante couleur rouge composée de très-petits cristaux, déposée sur le bord supérieur du goulot du flacon, et non point à sa partie inférieure, en même temps que sur le bouchon lui-même, mais plus abondamment sur le bord immédiatement en contact avec le bouchon qu'à la partie supérieure de celui-ci. Cette matière rouge cristalline n'était autre chose que du biiodure de mercure, ce qui prouve bien que le mercure peut exister à l'état de vapeur à une température peu élevée. (*Journal de la Société pharm. de Montpellier*, février 1846.)

MORT REELLE (*Nouveau signe pour distinguer la*) *de la mort apparente*. M. le docteur Ripault a communiqué à l'Académie des sciences un nouveau signe de la mort, qu'il pense avoir découvert en exerçant ses fonctions de médecin vérificateur des décès dans la ville de Dijon. Il dit, du reste, avoir mentionné ce signe dans une brochure qu'il a publiée en 1841. Voici en quoi il consiste. — Il suffit, dit M. Ripault, d'exercer une pression assez forte avec le doigt sur la paupière inférieure, de manière à refouler en l'élevant tout le globe oculaire que soutient la main opposée en lui offrant un point d'appui résistant par en haut et au-dessous de la demi-circonférence supérieure de l'orbite. Cette petite manœuvre fait aussitôt obtenir un changement dans le disque de la prunelle, changement qui modifie, non pas les dimensions de cette dernière, comme pendant la vie, mais seulement la forme de son ouverture. Au lieu d'être orbiculaire, l'ouverture de la pupille devient alors elliptique en travers, ou obliquement, ou enfin plus ou moins irrégulièrement, selon la force employée par le doigt de l'observateur.

ONGLE INCARNÉ (*procédé non sanglant pour la guérison de l'*). Ce procédé, qui n'est autre que la cautérisation à l'aide de la potasse caustique, combinée avec le refoulement des chairs, consiste à appliquer sur la partie charnue qui recouvre l'ongle des morceaux de potasse caustique, disposés en plaques de quelques millimètres d'épaisseur, de telle façon que toute la pulpe unguée en soit enveloppée, tant en dessus qu'en dessous de l'ongle; puis on enveloppe le tout d'une bandelette, en prenant les précautions nécessaires pour préserver de l'action du caustique les parties qui doivent être ménagées. L'auteur de ce procédé, M. Béduchet, ajoute qu'il convient de laisser agir la cautérisation plus ou moins de temps, selon que l'incarnation est plus ou moins profonde et que les chairs qu'il s'agit de détruire sont plus considérables. La douleur dure au plus quinze ou vingt minutes ; elle est très-modérée. On fait alors prendre à l'opéré un bain de pied; le travail d'élimination des escharres ne tarde pas à s'effectuer, et on voit alors l'ongle parfaitement dégagé, et dépassant en largeur la pulpe conservée intacte. La petite plaie se cicatrise aisément; il faut avoir soin de réprimer énergiquement les bourgeons charnus qui tendraient à recouvrir l'ongle dégagé, et aussi de refouler, à l'aide de petites compresses graduées, la pulpe de l'orteil pour la maintenir au-dessous du niveau du bord de l'ongle. (*Gaz. méd.*, 11 avril 1846.)

PERFORATIONS INTESTINALES *par des entozoaires*. La science possède plusieurs faits analogues à celui que nous allons reproduire d'après M. le docteur Bizot, de Baume; mais il n'en offre pas moins un intérêt réel.

Une dame, âgée de quarante-cinq ans, fut subitement atteinte de douleurs atroces dans la partie gauche et moyenne de l'abdomen, un peu au-dessous de l'ombilic. Huit jours se passèrent sans que cette dame pût recevoir des soins. A cette époque, M. Bizot, appelé, fut étonné de sentir cette odeur spéciale qui appartient aux plaies gangréneuses. Face pâle, pouls lent et faible, pas d'appétit. A la partie de l'abdomen plus haut indiquée, existe une eschare gangréneuse profonde, à bords flétris et affaissés, du diamètre d'un écu de 5 francs environ. Le surlendemain, expulsion par le centre de l'eschare, d'un lombric de la longueur de trois pouces. Les quatre jours suivants, six vers de la même espèce sortirent du tube intestinal, de la même manière, et sans causer la moindre douleur. A chaque selle, des matières stercorales sont sorties par la plaie, et même sans besoin d'aller à la garderobe. Cette plaie se cicatrisa

lentement, mais la santé de cette dame redevint parfaite.

M. Bizot cite une autre observation de perforation intestinale, mais rien ne prouve qu'elle ait été occasionnée par des entozoaires, car il n'en est pas fait mention.

Enfin il rapporte, d'après un médecin célèbre du pays, qu'une fille de quarante-cinq ans mourut après une maladie très-compliquée qui avait présenté des symptômes très-extraordinaires. A l'ouverture du cadavre, on trouva, avec un grand étonnement, le tube intestinal entièrement phlogosé, dépourvu presque partout de la muqueuse, et percé à jour comme un crible, et sous le péritoine une multitude immense de lombrics. (*Bulletin de la Société de médecine de Besançon*, 1re année, 1845.)

PHTHISIE PULMONAIRE (*Note statistique sur la*) *et son traitement.* Nous avons parlé, il y a quelques mois, des essais de traitement faits à l'Hôtel-Dieu annexe par M. Sandras. Cet habile médecin vient de communiquer à la Société de médecine de Paris, dont il est le secrétaire-général, le tableau du mouvement qui a eu lieu dans son service pendant l'année 1845. Il en résulte que 1,268 malades sont entrés et sortis, en faisant abstraction de ceux qui y étaient au 1er janvier et de ceux qui y restaient au 31 décembre. Sur ce nombre, il y a eu 114 tuberculeux non douteux, c'est-à-dire présentant des cavernes avec gargouillement sous les clavicules et vers les fosses sus-épineuses. 32 de ces malades ont succombé ; 82 sont sortis vivants ; ce qui ne veut pas dire qu'ils étaient guéris quand ils ont quitté le service.

Ainsi, sur les 32 morts, 17 ont succombé après, 1, 4, 6, 12, 13, 15, 17, 21, 22 jours de séjour à l'hôpital, c'est-à-dire à une époque manifestement trop rapprochée de leur entrée pour que le traitement puisse entrer en ligne de compte. Les autres ont suivi fidèlement les prescriptions de M. Sandras pendant un temps moyen de 30 à 40 jours ; un seul a été traité pendant 120 jours.

Quant aux 82 sortants, ils se composent d'abord, à peu près pour un tiers, de ces malades flottants qu'on ne garde pas assez pour juger, dans une maladie si longue, des effets réels d'un traitement quelconque ; un autre tiers à peu près a suivi le traitement pendant un espace de 25 à 40 jours ; le reste est demeuré assez longtemps dans les salles pour que M. Sandras ait pu les suivre et les observer en traitement pendant 50, 60, 80 et même 110 jours. Ce médecin ne renvoie jamais les phthisiques, et il ne leur accorde leur sortie de bonne grâce que quand ils sont, autant que possible, rétablis. Il juge de leur rétablissement par le retour de l'embonpoint ; les malades alors vont et viennent dans les salles sans fatigue ; ils digèrent bien, et, c'est une de leurs expressions ordinaires, ils se trouveraient parfaitement rétablis s'ils n'avaient pas la respiration courte. Les phénomènes généraux ont disparu, mais les cavernes subsistent ; seulement l'expectoration est notablement diminuée, moins purulente et plus facile ; le gargouillement est plus rare, moins caractérisé ; il y a du souffle et de la pectoriloquie ou une sorte de bronchophonie. Tout irait bien sans cela.

Voici ce que M. Sandras dit du traitement : « Je prescris à tous les malades des potions calmantes et adoucissantes, comme loochs et juleps diacodés ; quand ils ont beaucoup de dévoiement, ils reçoivent par jour de 2 à 4 grammes de diascordium et un ou deux quarts de lavements amidonnés ou composés de décoction de roses de Provins, laudanisés dans tous les cas. Le régime est substantiel autant que possible. Matin et soir, les malades prennent l'opiat de phellandrie aquatique, c'est-à-dire, pour les 24 heures, 1 ou 2 grammes de la poudre de cette graine pulvérisée avec son écorce et incorporée dans du miel. Contre les sueurs je donne 15 à 25 centigrammes de poudre d'agaric blanc ; contre l'accès fébrile du soir, quand il est trop fatigant, de 25 à 50 centigrammes de sulfate de quinine ou 1/20e de grain d'acide arsénieux dissous dans un julep ; enfin, quand la toux est trop fatigante, le râle sous-crépitant très-fin autour des cavernes, la bouche pâteuse, l'appétit nul, l'expectoration nauséeuse, j'ai recours au tartre stibié. On en dissout de 25 milligrammes à 1 décigramme dans un julep diacodé que le malade avale par petites gorgées. C'est à l'aide de ces moyens, et d'après ces indications, que les malades dont je parle ont été gouvernés. Cela n'a ni pu ni dû leur rendre les portions de l'organe malade qui

avaient été détruites; cela, je le reconnais, n'a pas arrêté la fonte des tubercules existants; mais il m'a paru démontré jusqu'à l'évidence que l'on peut ainsi suspendre et même faire rétrograder la décomposition générale du sujet; les plus graves phénomènes d'ensemble perdent de leur fréquence et de leur intensité, l'épuisement s'arrête et fait place à une sorte de réfection dont le malade se réjouit; et même, quand il doit succomber, je le vois longtemps encore conserver quelque force, reprendre de la couleur et de l'embonpoint jusqu'à la période extrême, qui ne dure en général alors que quelques jours. Les malades s'affaissent rapidement, en une semaine au plus, et je leur trouve tous les poumons effroyablement farcis de tubercules, dont l'état général n'aurait fait soupçonner ni l'innombrable multiplication, ni l'envahissement, pour ainsi dire, universel.

PRURIT DE LA VULVE (*Formule d'une lotion contre le*). Un médecin anglais, M. Meigs, qui a été souvent consulté pour le prurit de la vulve, incommodité si insupportable, surtout chez les femmes enceintes, dit s'être toujours très-bien trouvé de la prescription suivante :

Borate de soude.......	16 gramm.
Sulfate de morphine....	30 centigr.
Eau distillée de roses...	250 gramm.

Mêlez. La malade doit commencer par laver les parties affectées avec de l'eau de son tiède; elle les essuie ensuite soigneusement. Elle fait alors la lotion avec une éponge ou un linge imbibé de la mixture précédente. Cette application topique se répète trois fois par jour. M. Meigs n'a jamais eu, dit-il, besoin d'ordonner d'autre remède. (*London medical Gazette.*)

RENVERSEMENT DE L'UTÉRUS (*Première indication à remplir dans le*). M. le docteur Pacoud, de Bourg, indique aux élèves sages-femmes le moyen d'enlever à cet accident redoutable son caractère le plus dangereux, d'éloigner, sous son abri, le péril qui menace la mère, et d'agir avec calme, en attendant l'arrivée du médecin. Ce moyen est la compression de l'aorte. Le premier besoin, dit-il, la première médication à remplir dans le renversement complet, est d'arrêter l'hémorrhagie foudroyante, presque inévitable lors du décollement du placenta, décollement indispensable avant toute tentative de réduction, quoi qu'en disent quelques auteurs qui, sans doute, ne se sont jamais trouvés en présence d'un accident aussi menaçant, ou qui ont opéré dans des circonstances exceptionnelles.

Ce moyen, qui avait été déjà recommandé dans les cas d'hémorrhagie grave, n'avait pas encore été indiqué comme premier soin à prendre dans le cas de renversement de l'utérus. (*Compte-rendu de la distribution des prix de l'École départementale d'accouchement de l'Ain.*)

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU (*Traitement du*) *par le sulfate quinine*. Le traitement de cette maladie par le sulfate de quinine, préconisé d'abord par M. Briquet, a trouvé des opposants nombreux. Cependant l'autorité de cet honorable et savant praticien a suffi pour engager plusieurs de ses collègues dans les hôpitaux de Paris à répéter ses essais, à faire usage de sa méthode, seul moyen, en effet, d'en apprécier la valeur et l'efficacité. Voici deux faits du service de M. Guérard, à l'Hôtel-Dieu, qui sont favorables à cette méthode.

Une forte fille de vingt-un ans, domestique chez un marchand de vins, très-souvent obligée de descendre à la cave, de mettre ses mains dans l'eau froide, habitant une chambre du rez-de-chaussée malsaine, en un mot exposée souvent au froid et à l'humidité, n'ayant jamais éprouvé de maladie grave, fut prise tout à coup de douleurs dans le poignet droit, avec tuméfaction ; peu à peu, et successivement, toutes les articulations des membres supérieurs et inférieurs furent atteintes, et présentèrent des phénomènes semblables. Elle était dans cet état depuis dix jours, lorsqu'elle entra à l'hôpital. A cette époque, toutes les articulations étaient douloureuses, peu tuméfiées et sans rougeur; le plus léger mouvement augmentait la douleur, et la malade, couchée sur le dos, gardait la plus complète immobilité. Pouls accéléré, caloricité générale augmentée.—Saignée de quatre palettes, qui ne produit aucune amélioration. — Le lendemain, julep gommeux avec deux grammes de sulfate de quinine, à prendre par cuillerée d'heure en heure, qui produit quel-

ques légers phénomènes nerveux. Le jour suivant, les douleurs articulaires du bras gauche ont presque entièrement disparu; l'épaule droite et les pieds sont dans le même état; fièvre moins forte; peau moins chaude. — Même prescription qui détermine des accidents nerveux plus intenses en raison desquels on supprime le soir le reste de la potion. Le lendemain, les douleurs du bras droit ont disparu, mais ont repassé avec plus de violence au bras gauche, dont toutes les articulations sont un peu tuméfiées. La douleur du pied droit est diminuée; celle du pied gauche reste la même. La fièvre a presque tout à fait disparu. — Sulfate de quinine, 2 grammes, qui produit un mieux très-marqué; plus de douleurs articulaires. Même traitement le lendemain, suivi d'une amélioration évidente. Enfin, quinze jours après son entrée, la malade est tout à fait bien et quitte l'hôpital, parfaitement guérie.

Une domestique de dix-huit ans est prise de douleurs articulaires dans les coudes, les poignets et les genoux, accompagnées de tous les phénomènes généraux propres au rhumatisme aigu. Elle entre à l'Hôtel-Dieu huit jours après l'invasion de la maladie. Une saignée et une application de sangsues ne modifient pas sensiblement son état. Cinq jours après son entrée, on administre le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme dans un julep gommeux. Cessation des douleurs, mais accidents nerveux qui se dissipent facilement. Le même traitement, continué pendant trois jours, amène une rémission complète des accidents locaux et généraux. La durée totale de la maladie n'a été ici que de quinze jours.

Voici une troisième observation recueillie dans le service même de M. Briquet :

Une femme de trente ans, ayant eu déjà deux attaques de rhumatisme, entre à l'hôpital, malade depuis sept jours. Les douleurs ont commencé par les articulations tibio-tarsiennes, elles ont envahi le poignet droit et la hanche gauche. A son entrée, presque toutes les articulations sont prises, et les phénomènes généraux sont intenses. Sulfate de quinine, 2 grammes dans un julep gommeux. Le lendemain, diminution notable dans la douleur et dans le gonflement. Même traitement suivi d'une amélioration croissante. Pendant quatre jours encore, le sulfate de quinine est administré à doses décroissantes, et, douze jours après son entrée, la malade, parfaitement guérie, demande sa sortie.

Il faut remarquer, cependant, que le sulfate de quinine, administré contre le rhumatisme articulaire aigu, requiert une double tolérance : celle de l'estomac, celle du système nerveux. Il y a en intolérance de la part de l'estomac, comme de la part du système nerveux, chez une rhumatisante du service de M. Andral. Des saignées avaient été pratiquées dans les premiers temps de l'affection. La malade étant sensiblement affaiblie, il avait fallu cesser le traitement déplétif. C'est alors que le sulfate de quinine, à la dose d'un gramme, fut prescrit. Il donna lieu, du côté du système nerveux, à un trouble extrême de la vue et à une surdité presque complète; du côté de l'estomac, dès le second jour, à des vomissements. (*Gazette des Hôpitaux*, avril 1846.)

TÉTANOS *occasionné par l'immersion des pieds dans l'eau froide.* Voici une observation qui a été communiquée à la Société de médecine de Bordeaux par M. le docteur Dégranges. Une femme, âgée de trente-six ans, se mouille les pieds et les jambes pendant une journée de vendanges. Le lendemain elle éprouve dans les membres inférieurs une gêne qui dure dix jours; alors se manifeste une contraction de tous les membres, le tronc se renverse en arrière, le trismus des mâchoires survient. La malade arrive à l'hôpital affectée de tétanos, et poussant des cris semblables aux vagissements étouffés d'un petit enfant. Cet état, jugé très-grave par M. Dégranges, est combattu successivement par les bains, les vésicatoires rachidiens, l'opium à la dose de 30 centigrammes par jour, puis par l'opium uni au tartre stibié ; alors les contractions du bras gauche diminuent, la bouche s'ouvre un peu, mais, l'état général persistant, la malade meurt.

L'autopsie montre un cerveau magnifique, les méninges sont légèrement injectées, le liquide céphalo-rachidien est en plus grande quantité que dans l'état normal. Les altérations pathologiques les plus importantes consistent dans une injection superbe de toute la séreuse rachidienne

dans un aplatissement au niveau de l'origine de la queue de cheval, et un peu plus bas dans un gonflement avec ramollissement de cet organe. Chacun des rameaux formant la queue de cheval est coloré à son extrémité de diverses nuances très-remarquables. Cette pièce pathologique a été préparée et présentée à la Société.

TRACHÉOTOMIE (*deux cas d'œdème de la glotte, traités avec succès par la*). Les deux observations qui vont suivre démontrent que la trachéotomie n'est pas une opération aussi dangereuse qu'on le croit généralement; et cela, parce qu'on impute à tort l'insuccès de l'opération à l'opération elle-même, tandis qu'il faudrait s'en prendre à la nature même de la maladie pour laquelle on l'a pratiquée. Ainsi, dans le croup, ce n'est pas l'opération qui détermine la mort des malades, c'est le croup lui-même qu'on ne parvient pas à enrayer dans son développement, surtout quand, comme cela a lieu d'ordinaire, on opère au dernier moment. — Le sujet de la première observation était un jeune homme de dix-huit ans, qui, après s'être exposé au froid et à l'humidité, fut pris de mal de gorge, qui bientôt s'accompagna de dyspnée intense, respiration sibilante, râle muqueux, face rouge injectée: le malade ne peut rester qu'assis sur son lit; le gonflement des amygdales et de la membrane muqueuse du pharynx est considérable, et s'accompagne d'une rougeur intense. A l'aide du doigt, porté sur l'orifice supérieur du larynx, le docteur Mérieux y sent un bourrelet œdémateux très-sensible. Il fit sur ce bourrelet plusieurs scarifications sans succès; saignées, sangsues, vésicatoires, tout étant sans résultat, il se décida à pratiquer la trachéotomie au moment où le pouls était déjà presque filiforme: trois anneaux de la trachée furent incisés, et la dilatation fut d'abord maintenue avec des pinces à pansement. — La respiration, bien qu'elle fût plus facile, restait gênée cependant par des mucosités accumulées dans les bronches: le docteur Mérieux en provoqua la sortie d'une façon qui, dans un cas pressant, pourrait être utilisée. Il prit de l'eau tiède dans sa bouche, et, à l'aide d'une soude de femme, il l'insuffla dans le tube aérien; la violente quinte de toux, immédiatement provoquée par cette manœuvre, provoqua l'expulsion de matières muqueuses et sanguinolentes en grande quantité. N'ayant pas de tube trachéal à sa disposition, l'auteur fabriqua une canule de sureau d'un pouce de longueur, et la respiration se fit bien par ce moyen. Le lendemain, il la remplaça par un tube en fer-blanc, et, au bout de huit jours, la plaie put être réunie sans inconvénient, la respiration s'effectuant librement par la bouche.— La même opération fut pratiquée avec un égal succès et dans un cas analogue, chez un autre individu du même village.—L'auteur qui nous a fait connaître ces deux faits exerce à Asfeld, dans les Ardennes; il a eu en vue surtout de démontrer aux praticiens des campagnes comment, sans instruments spéciaux, ils peuvent sauver leurs malades, en ne reculant pas devant une opération dont l'exécution n'offre réellement pas de grandes difficultés. (*Abeille méd.*. mars 1846.)

VERUGAS, *maladie endémique dans le Pérou*. C'est ainsi que les indigènes appellent une maladie endémique du Pérou, dont M. le docteur de Tschudi, qui a eu occasion d'en voir plus de cinquante cas pendant un séjour de quatre ans et demi, vient de donner la description.

Cette maladie se présente sous la forme d'exanthème, et son développement peut être divisé en quatre périodes.

Prodromes. — Malaise au début, abattement, anorexie, céphalalgie fugace, vertiges, suppression de la transpiration, sécheresse et chaleur de la peau, douleur au cou avec dysphagie intermittente, plutôt nerveuse qu'inflammatoire, et même impossibilité d'avaler, sans rougeur du pharynx.

Éruption. — Crampes dans les bras et dans les mollets, douleurs intermittentes, et souvent très-fortes dans les os, principalement dans les grandes articulations et dans les jambes, avec un sentiment de distension des os; ce symptôme est pathognomonique, car il manque à peine une fois sur vingt. Ces douleurs, après une durée de quelques jours, diminuent d'intensité, et alors apparaissent sous la peau des indurations du volume d'une lentille, mobiles et indolentes, et arrivant en peu de jours aux dimensions d'une

noisette, quelquefois à celle d'un œuf de poule ou même du poing; l'épiderme qui les couvre s'amincit, devient d'un rouge vif avec des traînées d'un bleu foncé. Il se forme fréquemment à un endroit, le plus souvent sur la partie la plus élevée de la tumeur, un point brun noirâtre d'où s'élève une vésicule qui se rompt et laisse écouler une quantité de sang noir, épais, sans que la tumeur diminue. L'éruption commence ordinairement aux articulations et s'étend suivant la direction des os longs; elle se montre rarement à la poitrine, jamais l'auteur ne l'a vue au dos, au cou, au ventre, mais à la région mastoïdienne, au front, et une fois sur les paupière supérieures.

Efflorescence. — Aucune des périodes n'a de durée déterminée; l'éruption se fait peu à peu, elle est en rapport avec l'efflorescence, qui est d'autant plus lente, que l'éruption a été plus lente aussi. Pendant ces deux périodes, le malaise, les crampes et les douleurs dans les os continuent, mais la dysphagie disparaît après l'apparition de l'exanthème. Avec l'efflorescence, se montre un autre symptôme, l'œdème, qui commence aux mains et aux pieds, et s'étend promptement, s'il n'est pas arrêté par une ligature, à tout le corps du malade qui devient méconnaissable. Cet œdème diminue aussi vite qu'il a augmenté, et disparaît après quelques jours et même après quelques heures, pour reparaître fréquemment dans le courant de la maladie; souvent il reste fixé localement, surtout aux pieds. Les boutons sont très-sensibles, et laissent échapper, à la moindre pression, une quantité de sang foncé, dont l'écoulement est accompagné de convulsions si douloureuses, que le malade tombe en syncope; l'écoulement spontané est si peu douloureux, que le malade peut se voir baigné de sang, avant d'avoir senti l'endroit de l'hémorrhagie.

Décroissement. — Très-variable dans sa forme et dans sa durée, cette période se fait parfois dans quelques jours, mais le plus souvent elle se prolonge pendant des mois. Les petites tumeurs disparaissent sans laisser de traces, ce n'est que lorsqu'elles ont souvent saigné, qu'on voit des eschares d'un brun foncé remplacées à leur chute par de petites cicatrices rouges. Les grandes tumeurs suppurent à leur base, elles deviennent plus petites et se flétrissent sous forme d'une masse brune, et laissent à leur place une plaque très-rouge qui disparaît avec le temps.

La fièvre se montre à toutes les périodes; ordinairement peu intense, elle se caractérise par des exacerbations régulières.

L'auteur distingue dans cette maladie plusieurs formes que nous sommes obligés de passer sous silence, et qui sont basées sur la prédominance d'un ou de plusieurs symptômes dont nous venons de présenter le tableau.

La douleur au cou, dans les os, et les crampes, peuvent déjà faire soupçonner la maladie avant l'éruption, mais ne suffisent pas pour fonder un diagnostic certain qui n'est assuré que par l'apparition des boutons caractéristiques. Les douleurs des os se distinguent de celles de la syphilis, par leur apparition irrégulière et par les autres symptômes indiqués plus haut, dont elles sont accompagnées.

La cause la plus probable de cette maladie paraît être celle indiquée par les Indiens, l'eau de quelques sources. Presque dans toutes les vallées qui conduisent des côtes de l'Océan Pacifique aux Cordilières, il y a quelques sources d'eau, dont les conducteurs de mulets ne boivent jamais, ne laissent pas boire leurs bêtes, et défendent aux étrangers de s'y désaltérer en s'écriant : *Es agua de veruga*, c'est de l'eau de verugas. Cependant parmi les causes occasionnelles admises même par les Indiens, il faut surtout noter le refroidissement brusque par des courants d'air ou l'usage de l'eau froide, le corps étant échauffé.

La marche et la durée de la maladie sont ordinairement lentes; rarement elle dure moins de deux mois, le plus souvent six, huit et plus.

Rarement elle se termine par le retour à une santé parfaite. La mort n'en est pas la terminaison la plus ordinaire, mais plutôt des incommodités diverses, ou de véritables maladies, telles que l'hypertrophie des parties qui ont été le siège de l'éruption, l'anasarque, la paralysie.

Le traitement de cette affection est peu connu et peu avancé. Les Indiens emploient au début des diaphorétiques énergiques qu'ils trouvent dans quelques plantes indigènes. Rien de précis sur le traitement des autres périodes. (*Archiv fur physio-*

logische Heilkundt, et *Gaz. méd. de Paris*, janvier 1846.

VÉSICATOIRES (*Sur les différents moyens d'entretenir les*). Un fait incontestable et que beaucoup de praticiens ont sans doute reconnu avec nous, avec M. le docteur Payen qui le signale par la publication d'une note spéciale, c'est que sur un certain nombre de malades, ayant des vésicatoires en suppuration, on observe de la dysurie, du ténesme vésical et des douleurs au col de la vessie, comparables à celles occasionnées par les cantharides, quoique pour l'entretien de ces vésicatoires on ne se serve que de pommades dans lesquelles ne doit pas entrer cette substance.

Cela tient à ce que les pharmaciens, ayant reconnu que la pommade épispastique ou *du garou* du *Codex*, que l'on demande le plus souvent (infusion de l'écorce de cette plante dans l'huile et addition de cire), était inefficace pour l'entretien des vésicatoires (les graisses ne prenant que peu ou point de la partie active du garou), donnent à sa place une pommade de cantharides. M. Payen, ayant observé des accidents de la nature de ceux dont nous parlons, a acquis la preuve que chez les pharmaciens de quatre malades qui les avaient éprouvés, comme chez plusieurs autres, lorsqu'on demandait simplement de la *pommade au garou*, on donnait une préparation obtenue par l'infusion de cantharides dans l'huile chaude, épaissie ensuite avec la cire.

Cet abus est à signaler. Mais comment entretenir convenablement la suppuration d'un vésicatoire? non pas un vésicatoire de petite dimension que l'on conserve longtemps et pour lequel on peut employer sans inconvénients les papiers, les taffetas épispastiques, mais ces larges vésicatoires auxquels on demande une énergique et prompte révulsion, qui ne peuvent sans accidents être pansés avec des pommades cantharidées? M. Payen a fait de nombreux essais. Une pommade, composée d'axonge et d'extrait de garou par l'éther, lui a donné d'assez bons résultats; mais il fallait de temps en temps revenir à des préparations plus actives. Forcé de recourir aux cantharides, il a cherché alors à les associer avec des préparations qui fussent capables par elles-mêmes d'entretenir la suppuration, afin de diminuer d'autant la proportion de ces insectes. Il a obtenu de bons effets d'une pommade composée d'après une formule déjà connue de basilicum, de populéum, d'onguent de la mère, de cantharides et de garou en poudre. — Du reste, l'onguent de la mère seul et le basilicum seul entretiennent très-bien la suppuration; on peut aussi mêler le basilicum au styrax ou employer le baume d'Arcéus.

Dans tous les cas, le médecin doit savoir que dans la grande majorité, si ce n'est dans la généralité des cas, lorsqu'il demande simplement chez un pharmacien de la pommade au garou, on donne une préparation de cantharides, et si l'irritation de l'appareil urinaire le force à s'occuper du pansement du vésicatoire, il ne doit point demander une pommade épispastique quelconque, mais bien formuler celle qu'il voudra employer. (*Journal de chirurgie*, mars 1846.)

VÉSICATOIRES (*De l'abus des*) *chez les enfants*. M. le docteur Quiet vient de publier une protestation vraie, ingénieuse, quelquefois peut-être un peu exagérée contre, non pas seulement l'abus que l'on peut faire des vésicatoires dans les maladies de l'enfance, comme le titre de son travail l'annoncerait, mais même contre leur emploi le plus limité, auquel il ne reconnaît aucune espèce d'avantages, et où il trouve de grands inconvénients. La thèse de M. Quiet était parfaite de raison et de justesse, s'il l'avait bornée à certaines limites; sa proscription en masse des vésicatoires chez les enfants est une mesure tant soit peu radicale, qui ne nous paraît pas susceptible d'être généralement prouvée. Nous ne pensons pas que la généralité des praticiens adopte sans réserve les propositions principales de ce travail, formulées d'une manière aussi absolue. M. Quiet assure que l'usage immodéré qu'on fait des vésicatoires, dans la médecine du jeune âge, tient à des idées systématiques erronées, et que ni l'expérience ni le raisonnement n'excusent un pareil abus. Voilà qui est bien jusqu'ici, car il ne s'agit que de l'usage *immodéré*. Quoique pour notre compte nous ne connaissions aucun praticien contemporain remarquable qui emploie chez les enfants les vésicatoires d'une manière immodérée; quoique M. Quiet lui-même ne donne à cet

égard que quelques assertions générales, nous devons supposer qu'il a devers lui quelques bonnes raisons pour émettre cette proposition, sur laquelle nous n'élevons aucune difficulté. Il n'en est pas de même de la suivante, ainsi conçue : Dans les affections aiguës des premières années de l'enfance, les vésicatoires peuvent déterminer des accidents graves, et leur utilité n'est pas assez bien démontrée pour qu'on doive y avoir recours avec grande confiance. Ici il ne s'agit plus de l'abus, mais de l'emploi même d'un moyen auquel nous renoncerions difficilement, fondés que nous sommes sur l'expérience de tous les praticiens. Malgré l'opinion de M. Quiet, nous sommes parfaitement convaincus qu'un grand nombre de phlegmasies encéphaliques, thoraciques et abdominales sont très-favorablement modifiées par l'emploi sage et modéré des vésicatoires. Connaît-on un modificateur plus puissant contre cette phlegmasie si redoutable et si captieuse, la fièvre cérébrale, qu'un vésicatoire appliqué sur le cuir chevelu? Renoncerait-on volontiers à ce moyen dans les épanchements pleurétiques commençant à la suite d'une fièvre exanthématique? Mais M. Quiet, si absolu contre les vésicatoires dans les maladies aiguës, est encore pour eux plus impitoyable dans les affections chroniques, qui malheureusement, dit-il, se lient le plus souvent à une diathèse scrofuleuse, et dans lesquelles ils sont complétement inutiles et même dangereux, en ce sens qu'ils créent une habitude pathologique que certains praticiens redoutent et qu'ils laissent subsister de crainte d'accidents. Cette proposition ne pèche encore que par trop d'absolutisme. Il est très-vrai qu'une doctrine humorale exagérée porte certains praticiens, et surtout le vulgaire, à ouvrir, souvent sans raison et sans nécessité, un exutoire à une *humeur* problématique; mais il est certain aussi que certaines affections, ayant principalement leur siége sur les membranes muqueuses des enfants, yeux, oreilles, nez, et tout à fait indépendantes d'aucun vice strumeux, reçoivent une favorable influence de l'application plus ou moins prolongée d'un vésicatoire.

En résumé, nous partageons les opinions de M. Quiet sur l'abus que l'on peut faire des vésicatoires, abus sur lequel il était utile d'appeler l'attention; mais, contrairement à cet observateur, nous n'en proscrivons pas absolument l'usage, dont la pratique intelligente et éclairée trouvera encore de fréquentes indications. (*Gaz. méd. de Paris*, avril 1846.)

VARIÉTÉS.

Question de la peste et des quarantaines à l'Académie de médecine.

Une question extrêmement grave, qui touche non-seulement aux intérêts sanitaires de la France, mais encore à ses intérêts commerciaux et politiques, a été soumise à l'Académie de médecine, c'est celle de la transmissibilité de la peste, et des réformes à opérer dans le système des quarantaines. C'est d'abord spontanément et dans un but purement scientifique que l'Académie a voulu s'occuper de ce grave sujet; mais, à peine la Commission qu'elle avait nommée à cet effet commençait-elle ses recherches, que M. le ministre de l'agriculture et du commerce, vivement pressé par les Chambres d'apporter des modifications au système actuel des quarantaines, se retranchant sur le silence des corps savants, assura qu'il n'attendait plus que les décisions de l'Académie de médecine pour mettre les institutions sanitaires en harmonie avec les progrès de la science. L'initiative prise par l'Académie est donc devenue par là un acte important, et sa Commission, de libre qu'elle était, a pris en quelque sorte, par la déclaration de M. le ministre, un caractère officiel.

Un fait considérable s'était passé en Europe relativement aux quarantaines, qui devait vivement émouvoir et qui émut, en effet, l'opinion publique. L'Angleterre et l'Autriche, sans déclaration préalable et sans avertissement, rompirent tout à coup le vieux pacte sanitaire qui liait les nations européennes. Tandis que les passagers et les provenances du Levant étaient et sont encore soumis en France à une quarantaine rigoureuse, les ports de l'Angleterre et de l'Autriche les reçurent, en 1841, exempts de toute entrave, de sorte que nos ports de la Méditerranée, lieux d'entrepôt et de transit naturel de toutes ces provenances, se virent tout à coup menacés par l'importante concurrence de Portsmouth et de Trieste. En effet, il fut démontré qu'un voyageur partant d'Alexandrie sur un bâtiment anglais, voulant venir à Paris, gagnait sept à huit jours en débarquant en Angleterre, malgré l'énorme distance qu'il parcourait de plus.

Pourquoi l'Angleterre et l'Autriche rompirent-elles le pacte sanitaire européen? Il importe de le reconnaître à l'honneur de l'un de nos compatriotes, c'est un médecin français, M. le docteur Aubert-Roche qui, après avoir étudié en Egypte les deux épidémies de peste de 1835 et de 1837, après s'être livré à des recherches considérables, a eu le mérite d'appeler sérieusement l'attention publique sur une doctrine toute nouvelle dont l'exactitude devait avoir une immense importance sur l'organisation des institutions sanitaires. Cette doctrine peut se résumer par ce peu de mots : la période d'incubation de la peste n'a jamais dépassé huit jours. Pendant qu'on la controversait en France, on l'examinait en Angleterre, et une enquête faite sans bruit par une commission de médecins, confirma la réalité et l'exactitude de tous les faits énoncés par M. Aubert-Roche, et déclara utile, convenable et complétement exempte de dangers une réforme dans le système des quarantaines. Le gouvernement de ce pays s'empressa de l'opérer.

Ainsi, l'idée née en France alla produire, et à notre détriment, ses résultats à l'étranger.

Informé l'un des premiers de cette infraction grave aux lois sanitaires de l'Europe, M. Aubert-Roche, par des publications multipliées, par des communications aux corps savants, par des pétitions aux Chambres, fit les plus honorables efforts pour que la France ne restât pas en arrière des nations voisines, pour que son commerce et ses relations avec l'Orient n'en souffrissent pas de plus longues atteintes. Le Parlement s'en émut ; deux fois la Commission du budget a retranché quelques fonds alloués aux intendances sanitaires; le ministre de ce département, vivement pressé, n'attend plus, dit-il, que les décisions de l'Académie de médecine pour agir, et c'est cette décision importante et grave que l'Académie est chargée de prendre.

Longtemps on a pu croire que l'Académie avait terminé sa tâche. En effet, dans quatre séances successives, l'honorable rapporteur de la Commission, M. Prus, a lu la plus grande partie de son rapport, a même communiqué toutes les conclusions scientifiques qui découlent de ce long et beau travail; on n'attendait plus que les conclusions pratiques et d'application, quand tout à coup, et d'après des motifs diversement interprétés sur la nature desquels nous n'avons aucun renseignement précis, la Commission s'est arrêtée, la lecture du rapport a été suspendue, sans qu'il soit possible de prévoir quand elle sera reprise.

Cette interruption nous place dans un singulier embarras. Nous avions

formé le projet de présenter à nos lecteurs un aperçu succinct des opinions qui régissent encore aujourd'hui les institutions sanitaires de l'Europe et de les comparer avec les doctrines nouvelles admises par la Commission. Mais, de ces doctrines, nous ne connaissons que l'élément purement scientifique, nous ignorons à quelles pratiques d'application la Commission s'est arrêtée; nous avons même lieu de supposer ou de craindre que ce qui a été exposé des doctrines scientifiques ne soit modifié à la reprise de la lecture; de sorte qu'il serait fort possible que nous présentassions à nos lecteurs un travail tout au moins inutile. Dans l'incertitude où nous sommes, nous aimons mieux provisoirement nous abstenir et attendre les événements.

Mais nous ne pouvons nous empêcher de remarquer avec la presse médicale, la presse politique et le public, combien est singulière et inattendue cette interruption si prolongée du rapport de la Commission : très-probablement, et nous en avons pour garants les honorables membres qui la composent, cette interruption n'est due qu'à des scrupules légitimes, qu'au soin extrême qu'elle veut prendre de ne rien proposer de téméraire et de hasardeux dans une si grave question; mais, pourquoi avoir permis que le rapporteur commençât sa lecture, si la Commission n'était pas encore d'accord sur les conclusions définitives? Et pourquoi, depuis un mois que dure cette interruption, la Commission n'a-t-elle pas fait tous ses efforts pour y mettre un terme?

D'un autre côté, nous n'osons pas croire que l'Académie aujourd'hui officiellement investie de l'examen d'une question si importante, alors que le gouvernement et les Chambres attendent la décision pour agir; nous n'osons pas croire que cette compagnie manque à la mission qui lui est imposée, ne se trouve pas à la hauteur de la position qui lui est faite, et perde gratuitement la plus belle occasion qui lui ait jamais été offerte de faire prévaloir les décisions de la science médicale dans les actes politiques. Ce serait une faute énorme, un malheur véritable pour notre science, pour notre profession, dont toutes les tendances aspirent aujourd'hui vers le rôle social et humanitaire qu'elles peuvent si dignement et si fructueusement remplir.

La Commission permanente du Congrès médical de France prépare en ce moment une circulaire destinée à tous les adhérents et dans laquelle, entre autres choses, on les prévient de la publication des *actes* du Congrès, des mesures prises pour leur distribution, et des formalités d'ordre et de régularité qu'ils auront à remplir pour recevoir cette publication qui est terminée.

De l'association par rapport aux médecins. — Nous avons remarqué des articles aussi bien pensés et sentis qu'élégamment et savamment écrits, qu'a publiés dans les *Archives médicales du Midi* M. le docteur G. Rondard, de Graces (Bouches-du-Rhône). Puissent les nobles sentiments et la haute raison de notre estimable confrère ramener de leur indifférence tous ceux qui ne comprennent pas encore tous les avantages de l'association. Il leur montre, dans l'histoire, la médecine honorée et respectée tant qu'existe l'association, et honnie et méprisée lorsqu'elle s'éteint. Nous ne pouvons résister au désir de citer le passage suivant :

« L'association, qui commença si heureusement avec les Asclépiades;

s'éteint; la science médicale perd en même temps l'auguste considération dont nous l'avons vue entourée à son berceau; ceci nous explique peut-être le profond dédain des Romains pour la médecine. Pendant près de six cents ans, ces fiers conquérants vécurent en effet sans médecins; des esclaves leur en tenaient lieu. De nos jours, nous pouvons contempler un phénomène analogue; à quoi devons-nous ces renoueurs, rhabilleurs, sorciers, enchanteurs et guérisseurs de toute espèce, qui peuplent les campagnes et les villes, et à qui des hommes très-recommandables accordent une pleine confiance? A quoi devons-nous enfin les charlatans de toute qualité qui exploitent la crédulité publique? Nous sommes redevables de tous ces fléaux aux disputes qui s'agitent dans les hautes régions de la science, au mauvais vouloir, aux rancunes, aux haines, aux calomnies, aux médisances que beaucoup de médecins répandent contre leurs confrères. Insensés, qui s'en vont semant partout les plus viles passions du cœur humain, et qui récoltent (cela est justice) la honte, la déconsidération, la misère pour notre noble profession. Tous ces maux, et bien d'autres que je me garderai de signaler ici, s'appesantissent de plus en plus sur la corporation médicale, par le seul motif que le médecin semble avoir répudié la grande loi de l'association. »

Un conflit existe actuellement entre le Conseil des hôpitaux et la Faculté, au sujet de la clinique de M. le professeur Rostan, à l'Hôtel-Dieu. Le Conseil des hôpitaux voudrait que M. Chomel et M. Rostan n'eussent à l'Hôtel-Dieu qu'un seul service, qui serait fait à tour de rôle pendant la moitié de l'année par chaque professeur, dispositon contraire aux règlements, et à laquelle les professeurs ne veulent point consentir, forts qu'ils sont de leur droit. La Faculté demande le maintien de l'ordre de choses qui subsistait il y a quelques mois. Enfin, le préfet de la Seine propose comme *mezzo termine* et comme mesure propre à tout concilier, de laisser à M. Chomel son service à l'Hôtel-Dieu, et de transporter à la Pitié la clinique de M. Rostan; ce dernier s'oppose à cette mesure, qui constituerait un exil réel dans un hôpital excentrique, et qui serait en même temps un abus de pouvoir, et une singulière manière de reconnaître les vingt-cinq années de services rendus dans les hôpitaux et consacrés au soulagement des pauvres malades.

Depuis trois mois, l'ordonnance qui pourrait seule trancher la difficulté et donner droit aux justes réclamations du professeur de l'Hôtel-Dieu est à la signature du ministre, qui refuse de se prononcer.

Il est fâcheux que le Conseil des hôpitaux ne comprenne pas mieux sa mission et cède trop souvent au désir puéril de faire preuve d'autorité, sans se rendre compte des graves conséquences que peuvent entraîner ces misérables tracasseries dont le double inconvénient est de priver les jeunes gens d'un enseignement utile, et de prouver peu en faveur des bonnes dispositions qui devraient animer les administrateurs à l'égard des médecins et chirurgiens des hôpitaux.

Quoique le différend ne soit pas terminé, M. Rostan a obtenu l'autorisation de reprendre son cours de clinique médicale pendant le semestre de cette année, dans les anciennes salles qu'il dirigeait comme médecin de l'Hôtel-Dieu. Mais ce n'est là qu'une concession temporaire.

Il n'y a que la France où la position du médecin, quelque haut qu'il soit placé dans la science, est maintenue dans un rang d'infériorité sociale vrai-

ment insultante. Le cordon de commandeur de la Légion-d'Honneur est le *nec plus ultra* du relief qu'on veuille lui donner. La Chambre des pairs, qui compte un bon nombre de chimistes, de minéralogistes, de littérateurs, d'industriels, d'avocats, ne renferme pas un seul médecin. Larrey, l'intrépide et vertueux chirurgien Larrey, qui avait parcouru tous les champs de bataille de l'Empire, est mort sans être de la Chambre des pairs; et Double, qui aurait si dignement représenté dans le sénat la médecine française, est mort aussi sans y entrer, parce que, pour recevoir cet honneur, on lui faisait la condition de renoncer à la médecine.

En Russie, pays de l'aristocratie et de l'orgueil nobiliaire, pays où la considération accordée à l'individu est en raison directe des décorations dont il est chargé et du rang dont il est revêtu, les médecins sont au contraire comblés d'honneurs : le médecin de l'empereur est *conseiller d'Etat actuel*, rang civil répondant au grade de lieutenant-général et entraînant l'*Excellence;* il a presque toutes les décorations du pays Willie, médecin de l'empereur Alexandre, avait la même position.

En Allemagne, Walther est *conseiller privé*, rang au-dessus de celui de conseiller d'État; il est chevalier de la Couronne de Bavière, de l'Aigle rouge de Prusse, commandeur du Lion d'or de Hesse, etc. — Græffe était aussi conseiller privé, commandeur de la plupart des ordres de Prusse, de Russie, de Hanovre, de Suède, de Danemarck, de Bavière, etc. — En Hollande, les chirurgiens-majors ont le grade d'officiers supérieurs.

Ce n'est pas seulement en France que les journaux de médecine se multiplient. Le nombre des lecteurs augmente aussi dans les autres pays, et de nouvelles publications périodiques s'y font jour. La médecine italienne vient de s'enrichir de trois nouveaux journaux, rédigés tous les trois par des hommes capables. Ces trois nouveaux journaux paraissent à Naples; ils ont pour titres: 1° Journal des Sciences médicales (*Giornale delle Scienze mediche*); 2° l'Athénée (*l'Ateneo*); 3° l'Hygie-Astrée (*Igia-Astrea*). Ce dernier est un repertoire de médecine légale et de police medicale.

Sur quelques hôpitaux de Naples. — L'hospice des Enfants nouveau-nés, à Naples, reçoit chaque année 2,500 enfants environ, dont 1,500 sont élevés dans l'établissement. L'allaitement artificiel n'a été conservé que pour les sujets atteints de maladies contagieuses; il a été aboli pour tous les autres, ce qui est un progrès. Mais ce qui n'en est plus un, c'est que les nourrices attachées à la maison sont chargées d'allaiter chacune trois enfants. Aussi la mortalité est-elle énorme chez ces petits malheureux : suivant M. de Renzi, elle est de 77 sur 100. La commission du Congrès a émis le vœu qu'on augmentât le nombre des nourrices et qu'on choisît de préférence celles qui habitent la campagne.

L'hôpital des Incurables, le plus considérable des hôpitaux civils de Naples, contient 1,300 lits. Une salle de 104 lits est destinée, sous le nom de *salle des moribonds*, à recevoir les malades que l'on juge n'avoir plus que quelques heures à vivre. On conçoit tout ce qu'il y a de barbare et même d'abusif dans cette étrange coutume. Des malheureux, qui auraient peut-être encore quelque chance de vie, ont le moral mortellement frappé en se voyant transportes dans cet antre fermé à l'esperance. La commission du Congrès s'est elevée contre cet usage.

Il serait injuste de signaler le blâme sans mentionner aussi les éloges. A l'hôpital militaire, le service des infirmiers est fait en partie par des détenus choisis parmi ceux dont la peine est moins grave. Ainsi rehabilités à leurs propres yeux, il est rare qu'ils ne se montrent pas pleins de zèle et de bonne volonté. Rendus plus tard à la société, ils n'y trouvent pas les préventions qui s'attachent d'ordinaire aux détenus libérés. Chaque année de service dans l'hôpital leur vaut la remise de six mois de leur peine.

On croit assez généralement à Naples que la phthisie pulmonaire est contagieuse. Aussi, dans plusieurs hôpitaux, les phthisiques sont traités dans des chambres isolees.

On dit que M. le ministre de l'instruction publique a porté au budget de cette année une allocation spéciale pour les agrégés qui font partie du profes-

sorat des Facultés; ils recevraient 1,000 francs par an en sus des frais d'examen.

On s'est souvent occupé des moyens de porter remède aux inhumations précipitées. D'après une statistique officielle, le nombre des enterrements prematurés, que des circonstances fortuites ont seules permis d'interrompre, s'élève, en France, à 94, depuis 1833. Dans ce nombre, 35 personnes sont sorties de léthargie d'elles-mêmes au moment où on allait commencer la cérémonie des funérailles; 13 se sont réveillées sous l'excitation des soins prodigues par la tendresse de leur famille; 7, par suite de la chute du cercueil où elles étaient enfermees; 9 ont dû leur salut à des piqûres qu'on leur faisait éprouver en les attachant dans leur linceul; 5, à des suffocations qu'elles eprouvaient dans le cercueil; 19, à des retards fortuits apportes à l'enterrement; 6, à des retards volontaires ayant pour cause des doutes sur la mort.

La petite vérole sévit en ce moment à Marseille avec une grande intensité. C'est principalement dans les hauteurs de la ville que l'épidémie se propage avec des symptômes graves; les jeunes enfants à la mamelle, non vaccinés, en sont particulièrement atteints, et les sujets visités au début de la maladie ont presque tous présenté des convulsions épileptiformes qui ne laissaient pas d'inspirer des craintes sérieuses. On a vu quelques pustules rares se former sans fièvre sur des personnes portant les traces d'une bonne vaccine.

Une société pharmaceutique d'émulation vient de s'organiser en cette ville, sous la présidence de M. F. Lutrand. Elle publie un journal dont il a déjà paru deux numeros cette année.

Le 9 juillet prochain, s'ouvrira, devant la Faculté de médecine de Paris, un concours pour la place de chef aux travaux anatomiques, vacante par suite de la nomination de M. Denonvilliers comme professeur.

Une place est vacante en ce moment à l'Académie de médecine dans la section de médecine opératoire. Voici les candidats inscrits jusqu'à présent pour cette place : MM. Leroy d'Etiolles, Deleau, Malgaigne, Robert, Bourgery, Huguier, H. Larrey, Vidal de Cassis, Manec et Denonvilliers.

La statue de Larrey vient d'être terminée. L'opération de couler le monument en bronze va bientôt être entreprise. On sait que cette statue doit être établie dans la cour du Val-de-Grâce. Le modèle en plâtre represente Larrey en costume de chirurgien militaire, pressant sur son cœur un rouleau sur lequel sont gravees les paroles du testament de Napoleon : « Larrey, certainement, est l'homme le plus honnête que j'aie connu. » Le socle de la statue sera revêtu de quatre bas-reliefs, représentant les quatre plus grandes batailles auxquelles Larrey a pris part. C'est M. David, d'Angers, qui a exécuté cette statue, et qui termine les bas-reliefs du piédestal.

M. Puig, après avoir suivi honorablement toutes les épreuves d'un concours dont MM. les professeurs Dubreuil, Serre et Buisson étaient juges, vient d'être nommé chef de clinique chirurgicale à la Faculte de médecine de Montpellier.

M. le docteur Falret, medecin en chef de la première section des aliénées de l'hospice de la Salpêtrière, a commencé, le 23 avril, son cours public de clinique et de pathologie generale des aliénations mentales, avec applications à la médecine légale et a l'organisation des etablissements d'aliénés. Ce cours appelle chaque année à la Salpêtrière un grand concours de medecins et d'élèves.

Le professeur Antoine Nanula, l'un des restaurateurs des sciences anatomiques en Italie, vient de mourir à Naples à l'âge de 66 ans.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

QUELQUES PRINCIPES THÉRAPEUTIQUES A PROPOS DU MUSC ET DE L'ATAXIE,

Par M. A. Dauvergne, D. M. P., médecin de l'hôpital de Manosque (Basses-Alpes).

On cherche tous les jours en médecine des remèdes nouveaux, et le plus souvent, lorsque le remède est trouvé, on n'est pas plus avancé qu'auparavant. Pourquoi donc cela? C'est que notre économie malade est modifiée par diverses actions et réactions physiologiques plus ou moins perverties, exaltées ou diminuées. Aussi, outre le remède approprié au phénomène prédominant, faut-il un concours de moyens qui non-seulement prêtent aide pour détruire ce phénomène primordial, mais agissent encore sur ces manifestations physiologiques dont l'activité ou l'inertie peuvent enrayer l'action médicamenteuse. En effet, les agents vitaux sont d'ordinaire, pour ne pas dire toujours, les premiers affectés dans l'état physiologique, et lorsque, par suite, la trame organique s'est évidemment rompue, ce sont eux encore qui traduisent le désordre organique, tandis que c'est sur eux seuls aussi, véritables éléments du foyer de la vie, que nos moyens thérapeutiques agissent; puisque c'est encore uniquement par eux que l'on peut attendre la résolution d'une altération de tissus, impropres que sont ceux-ci à une action autre que celle qui leur est communiquée par les fluides et les liquides qui les meuvent, les excitent, les alimentent. Aussi la médecine, pour arriver à une perfection réelle et utile, doit s'attacher plus à la médication qu'au remède; car le meilleur remède échouera s'il ne trouve pas l'économie préparée à le recevoir, s'il n'est pas donné au moment opportun, à la dose convenable et aussi longtemps qu'il est nécessaire, s'il est administré sur un tempérament réfractaire ou dans une constitution médicale qui le repousse. La saignée, par exemple, ne guérit pas plus la pleurésie que la pneumonie, que l'encéphalite, que le rhumatisme; elle s'adresse à un élément pathogénique, analogue dans chacune de ces maladies. Elle écarte les embarras que la maladie a apportés aux mouvements physiologiques, et l'affection locale ne se résout que lorsque la liberté d'action a été rendue à ces jeux organiques momentanément troublés et enrayés.

C'est donc à un élément phlogistique du sang, capable d'engendrer et d'entretenir diverses affections organiques, que s'adresse la saignée,

et non pas à l'altération des tissus elle-même. Cela est si vrai, que telle pneumonie plus étendue, arrivée à un plus haut degré d'altération parenchymateuse, ne réclamera que deux ou trois saignées, et telle autre qui occupera moins d'espace dans le tissu pulmonaire, qui n'aura pas atteint le même degré d'inflammation, en exigera dix ou douze.

Les véritables difficultés de la médecine pratique consisteront donc toujours, non pas à connaître le remède, mais la médication, c'est-à-dire les adjuvants dont il faudra l'entourer, quand, comment, combien de fois il faudra en faire usage, et cela avec la connaissance la plus exacte possible des changements immédiats et toujours individuels que ces agents médicinaux produisent sur les phénomènes physiologiques de l'économie animale. Voilà pourquoi la médecine numérique n'a rien pu produire en thérapeutique! Voilà comment il ne sera jamais possible de formuler d'avance un traitement, quand même on parviendrait à définir et à délimiter exactement l'altération de la trame organique! Voilà encore pourquoi la médecine sera toujours, à la fois et en même temps, une science et un art; une science, par des principes vrais et définis, pouvant être connus de tous; et un art, parce qu'il existe entre ces faits définis et limités des phénomènes immatériels comme la vie qui les produit. C'est donc au jugement seul à les apprécier à leur valeur; or, cette appréciation résultant de la manière d'envisager les actions physiologiques, les réactions fonctionnelles, le trouble qu'y apporte la maladie, la puissance qu'a conservée telle ou telle force vitale, sera toujours saisie et jugée diversement.

On a beaucoup blâmé les systèmes en médecine, et cependant jusqu'ici nous ne sommes sortis de l'un que pour tomber dans un autre, et, chose étonnante, tous ont laissé quelque enseignement utile, chaque fois mis au jour par les erreurs extrêmes de son exclusivisme, qui alors seulement montraient le côté vrai du système précédent ou faisaient naître le besoin d'en adopter un autre tout opposé. C'est ainsi que se sont succédé, comme par nécessité, l'humorisme, l'iatrochimie, l'iatromécanique, le solidisme, etc. De nos jours ce dernier a tout envahi, et on ne l'a pareillement reconnu que lorsqu'il est parvenu à ses derniers termes, parce que c'est alors seulement qu'on a pu remarquer les lacunes qu'il laissait.

Toutefois, des prétentions exclusives de chacun de ces systèmes il ressort une vérité qui doit porter ses fruits pour l'avenir, c'est qu'aucun en particulier ne peut satisfaire les exigences de la science et que tous renferment des éléments précieux qu'il ne s'agirait que de bien comprendre et de bien coordonner. Pour moi, je crois que le moment n'est pas très-éloigné où l'on pourra se rendre compte de la part que nos éléments

vitaux et nos organes prennent aux altérations pathologiques; et que l'altération des uns est primitive, et celle des autres secondaire et toujours dépendante de la première.

En effet, les éléments vitaux, qu'on les appelle fluides ou liquides, régissent toute notre économie dans laquelle ils entretiennent l'excitabilité et la vie. Ils arrivent, pénètrent, modifient tous nos tissus, tous nos organes, qui s'atrophient et s'hypertrophient suivant que l'excitabilité y est augmentée ou diminuée, qu'elle y appelle plus ou moins de liquides régénérateurs, ou que ces liquides eux-mêmes, altérés dans leur constitution, ont en excès ou manquent de certains principes. C'est enfin à ces éléments vitaux, agents immédiats de la sensibilité et de la nutrition, que s'adressent nos moyens thérapeutiques, soit en déplaçant ces fluides, en excitant leur action ou l'atténuant; soit en diminuant la force, la tonicité, la plasticité de ces liquides, ou en leur rendant les principes qu'ils ont perdus. Mais toujours ce n'est qu'en modifiant ces éléments vitaux et régénérateurs par où la vie s'effectue et s'entretient, que nous obtenons la cessation de la douleur et du spasme, que nous réveillons une absorption éteinte, ou que par leur intermède nous ranimons la fibre engourdie ou paralysée, la nutrition entravée, etc.

J'admets donc que le hasard et rarement l'induction pourront fournir des remèdes; mais il appartiendra toujours à la science de produire et surtout de perfectionner les médications dans lesquelles tôt ou tard chaque remède viendra se ranger avec son degré d'efficacité propre. En y réfléchissant un peu, nous devons déjà voir que la science est plus avancée à ce sujet qu'on ne pourrait le croire; que l'opium, la belladone, le camphre, le musc, la valériane agissent sur les fonctions du système nerveux en modifiant peut-être le fluide vital qui y circule; que la saignée, les bains, les délayants détruisent la pléthore, calment la phlogose en soustrayant des matériaux à ce liquide; que les alcalins, le mercure atténuent le sang, dissolvent ses globules, sa fibrine et son albumine, et agissent par contre-coup sur diverses sécrétions, sur divers modes de nutrition et de travail organo-pathologique. Enfin, il est évident que le fer restitue au sang ses éléments, notamment, ainsi que je le prouverai dans un autre travail, sa fibrine et ses globules, tandis que e tannin et les acides retiennent et concentrent son albumine que l'alimentation reproduit comme elle le fait aussi la fibrine et les globules. Avec de telles idées, l'économie est embrassée d'un seul coup d'œil et la thérapeutique marche sur un terrain plat, ferme et plus assuré. L'action pathogénique n'est pas plus mystérieuse que la cessation de la douleur, celle du spasme, que la résorption d'un engorgement, que la résolution

d'une pneumonie, etc. Les réactions du fluide nerveux sur le sang et de celui-ci sur le fluide nerveux, dont l'observation pratique témoigne chaque jour, sont confirmées encore par le retour d'une bonne nutrition, de sécrétions faciles, lorsque la douleur ou le spasme ont cessé. Pareillement la fin d'une gastralgie, d'une céphalalgie, lorsque le sang a retrouvé les globules et la fibrine dont il manquait, achève la démonstration.

Cette corrélation entre l'état du sang et celui du système de l'innervation est encore manifestée par l'ataxie. En effet, ce trouble dans l'excitabilité nerveuse, ces désordres dans les fonctions du cerveau et des nerfs, se montrent souvent, pour ne pas dire toujours, dans les maladies où le sang a subi une altération essentielle : c'est ainsi qu'on les voit le plus ordinairement dans les fièvres typhoïdes ; et lorsqu'ils surviennent dans les pneumonies, c'est que ces maladies, dès leur début, ont présenté quelque chose d'étrange, d'irrégulier, d'indécis, de grave, non pas tant par les désordres inflammatoires locaux que par les troubles fonctionnels qui semblent atteindre de prime abord la vie dans ses sources premières.

L'ataxie que nous avons observée dans la fièvre typhoïde (voyez le tome XXIV, page 438 de ce journal), n'est pas une individualité morbide, puisqu'elle survient dans diverses maladies ; qu'elle n'arrive jamais seule, mais s'ajoute, se superpose sur diverses affections. C'est une perversion dans les lois physiologiques qui gouvernent le grand arbre encéphalo-rachidien, et qui trouble, arrête même toutes les tendances vitales réactionnelles dont l'organisme avait besoin pour lutter contre l'influence pathologique. C'est enfin une altération essentielle des fonctions nerveuses, engendrée au milieu de certains états morbides, et surtout par l'influence de quelques dispositions climatériques et météorologiques. Ces états atmosphériques agissent, en effet, non sur nos organes, mais sur leurs moteurs, sur les principes primordiaux de la vie qui leur portent la sensibilité. Il est donc facile de comprendre la gravité de l'ataxie, soit qu'elle trouble l'harmonie fonctionnelle sans laquelle la vie ne peut se soutenir longtemps, soit encore qu'elle éclate avec toutes ses perversions au milieu ou à la fin d'une maladie lorsque l'organisme est épuisé de luttes réactionnelles.

L'ataxie est donc un phénomène pathologique surajouté, mais d'autant plus dangereux qu'il réside même dans un des éléments vitaux si nécessaires à l'accomplissement des actions et réactions physiologiques. Et puisque c'est un phénomène pathologique surajouté, il doit survenir au milieu de conditions morbides différentes ; d'où il résulte diverses difficultés thérapeutiques qui doivent pareillement modifier la médication.

Je m'explique : l'ataxie est un trouble nerveux capable d'enrayer toutes les fonctions organiques, amené peut-être par les mêmes influences ou la même altération dans le sang, pouvant naître spontanément avec la maladie dont les premiers phénomènes masquent ou contrebalancent l'action, obligée qu'elle est de subir, comme tout ce qui tient à la vie, des modifications par la puissance physiologique différente de chaque individu. Or, alors, quoique cette ataxie soit la même quant à sa nature propre, elle ne se montrera ni identique, ni aussi intense, ni elle ne sera attaquable au même moment, au milieu des mêmes moyens, entre les mêmes adjuvants thérapeutiques. C'est donc là encore une médication, puisque le musc ne saurait avoir un résultat heureux qu'autant qu'on l'aura entouré des exigences que les circonstances réclament. L'observation suivante fera bien comprendre cette vérité.

Le 26 mars 1844, je fus appelé par M. l'abbé ***, qui avait éprouvé dans la nuit de la fièvre et de la toux, à la suite d'une promenade après midi, pendant une de ces brûlantes journées du printemps de Provence, qui amène chaque année tant de bronchites inflammatoires, de pleurésies et de pneumonies. D'ailleurs, en rentrant de sa promenade, M. l'abbé *** était allé à l'église où il était resté assez longtemps. Or, depuis deux ans, la constitution météorologique était changée, nos hivers n'étaient pas froids, mais pluvieux et venteux, nos printemps très-variables, et l'été humide au commencement, peu chaud à la fin, tandis que l'automne redevenait encore pluvieux avec quelques journées brûlantes comme dans le printemps. Aussi régna-t-il pendant ces deux années, dans toute la contrée, nombre de fièvres typhoïdes parmi lesquelles l'ataxie s'est montrée bien souvent. Ce fut au milieu de ces circonstances que fut atteint M. l'abbé ***, la nuit de la journée de la promenade; cependant il se leva, parce que le sentiment de sa propre situation était déjà obscurci. En effet, il ne put sortir, s'affaissa sur son canapé où je le trouvai comme anéanti, laissant tomber ses membres par leur propre poids. Il se plaignait d'une douleur de tête violente, il avait la figure altérée, et l'intelligence comme voilée, car il comprenait peu la portée de mes questions, et refusait de se mettre au lit, malgré une fièvre très-forte qui s'était déjà manifestée. Le pouls était, en effet, large, plein, très-développé et très-fréquent. J'ordonnai donc qu'on le couchât, qu'on le mît à l'usage d'une tisane balsamique émolliente, et la diète absolue. Le soir, cet état de choses n'ayant pas changé, et se plaignant, en outre, d'une légère douleur au côté droit, je pratiquai une saignée d'au moins 360 grammes. Le lendemain 27, la toux amena quelques crachats sanguinolents, et le râle crépitant fut manifeste, tandis qu'il ne se plaignait presque plus de la douleur pleu-

rétique. Nouvelle saignée répétée le soir, couenne toujours plus prononcée ; mais comme pendant l'évacuation il y avait menace de lipothymie, et que déjà le trouble de l'intelligence me faisait craindre l'ataxie, je bornai les saignées à 250 grammes, décidé à les renouveler aussi souvent que l'indication l'exigerait.

Dans la nuit parfois subdelirium ; mais le matin du septième jour, léger relâche dans l'ardeur de la fièvre, les réponses même étaient un peu plus nettes, moins embarrassées ; mais la langue était large, recouverte d'un enduit blanc jaunâtre, et des nausées assez fréquentes avaient amené quelques gorgées d'une bile très-colorée qui teignait fortement les parois d'une cuvette. J'ordonnai alors 10 centigrammes de tartre stibié en lavage pour débarrasser les premières voies, me réservant de saigner pour la quatrième fois à midi si les phénomènes inflammatoires augmentaient. Mais après cet émétique qui amena plusieurs vomissements d'une couleur verte très-foncée, le pouls fut plus souple, moins développé, la peau moins chaude et le sentiment propre du malade paraissait meilleur.

Cependant, comme le soir le pouls était encore de cent vingt à cent vingt-cinq, comme les crachats étaient toujours fortement teints de sang, et qu'il n'est d'observation particulière que dans nos climats il faut poursuivre constamment et *sans relâche* la pneumonie par une médication antiphlogistique soutenue ; qu'il ne faut pas se fier à une détente des symptômes qui survient à la suite des premiers effets des saignées pour se réveiller de plus belle quand l'organisme semble habitué à ces évacuations ; je saignai de nouveau, et le sang fut, comme d'ordinaire, couvert d'une couche de couenne de 2 centimètres d'épaisseur.

Les quatrième, cinquième, sixième, septième, huitième, et neuvième jours se passèrent tous dans le même état. Fièvre ardente, pouls extrêmement large et fréquent, peau brûlante, parfois halitueuse surtout après la saignée, respiration fréquente, mais nullement anxieuse, crachats toujours sanguinolants, puis rouillés, et au septième jour muqueux seulement ; matité bien prononcée en bas et en arrière, absence de tout bruit respiratoire, tandis que sous l'omoplate on entendait encore du râle crépitant ou du râle muqueux. Cependant, dans toutes ces phases morbides l'intelligence était toujours voilée, parfois survenait un léger délire, et le malade cherchait à sauter du lit pour aller, disait-il, prendre sa soutane et aller dire sa messe. De loin en loin on sentait pareillement quelques soubresauts dans les tendons.

Pour moi, il n'y avait pas de doute, la pneumonie marchait de front avec l'ataxie qui était d'ailleurs née en même temps que la maladie, seulement elle se prononçait toujours davantage à mesure que la force

du sang était diminuée par les évacuations sanguines. Mais quel parti prendre? Le pouls, la coloration de la face, l'inflammation parenchymateuse, l'état du sang indiquaient la saignée.

Il existait cependant une circonstance que déjà j'ai rencontrée dans quelques maladies graves et qui d'ordinaire se sont terminées par la mort, que j'attribue aujourd'hui à une ataxie latente ou cachée sous les phénomènes inflammatoires dont elle enrayait sourdement les réactions, et dont je n'ai trouvé le remède qu'en évitant l'écueil que cet antagonisme présente, c'est-à-dire en ne faisant que des saignées répétées, mais peu abondantes. (Voyez encore mon Mémoire sur la fièvre typhoïde.) Eh bien! cette circonstance aggravante se manifestait ici plus évidemment peut-être que chez tout autre malade, c'était l'effet perturbateur de la saignée sur le cerveau, car à chaque saignée il y avait menace de défaillance; et cependant cet effet n'était nullement sensible au pouls qui conservait, après comme avant, sa plénitude et son énergie. On verra plus tard combien je dus m'applaudir de cette pratique, calquée d'ailleurs sur la nature du mal.

Mes idées étaient donc pour cet état de choses bien arrêtées, je devais combattre l'état inflammatoire comme seconder la résolution de la pneumonie par les saignées, mais je devais aussi les ménager de telle sorte qu'elles n'exaspérassent pas l'ataxie qui demeurait cachée, mais toujours menaçante. Pour pallier donc cet effet des saignées obligées, comme pour agir aussi directement que possible sur cette même ataxie, je donnai le musc qui tant de fois m'avait témoigné de sa puissance. Cependant, tout cela ne m'assurait pas que j'arriverais au but, que surtout la force de l'organisme me laisserait le temps nécessaire pour que la résolution de la pneumonie pût s'effectuer; aussi, profitant de l'indication que fournissaient toujours les premières voies (quoique les vomissements bilieux eussent cessé), je dirigeai encore contre la pneumonie l'usage simultané du tartre stibié que j'administrai dans la même potion musquée de 30 à 50 centigrammes progressivement.

Sous l'influence de cette médication complexe et mixte tout à la fois, calquée sur l'ensemble des phénomènes, agissant dans un but déterminé, tout en respectant les exigences physiologiques de chaque ordre de phénomènes, la maladie s'amendait chaque jour légèrement. Les saignées amenaient toujours quelques sueurs, les urines étaient moins rouges, les selles à la suite de l'émétique paraissaient faire céder un peu le pouls, et le délire, grâce au musc, je n'en doute pas, ne se montrait que faiblement et de loin en loin.

Nous arrivâmes ainsi au neuvième jour, dans la matinée duquel je pratiquai la treizième saignée, parce que le pouls persistait à être éga-

lement plein et dur, et cela quoique les crachats rouillés eussent cessé depuis deux jours, et que j'eusse constaté la veille au soir la réapparition du murmure respiratoire aux points où les jours précédents il y avait du râle crépitant ou muqueux, et du râle crépitant de retour à la base du poumon qui avait été imperméable à l'air, ainsi que l'avait témoigné l'absence de tout bruit.

Mais dans la journée, à la suite de la saignée peut-être, le pouls changea tout à fait, et le délire augmenta. On vint me chercher à la hâte, et je trouvai, en effet, les yeux du malade plus égarés, quelques mouvements désordonnés et le désir de se lever plus prononcé que jamais. Le pouls battait de quatre-vingt-cinq à quatre-vingt-dix, et quoique concentré et totalement différent des journées précédentes et du matin même, l'artère avait même de la résistance et la plus grande régularité dans ses battements. La peau était bonne, souple et presque fraîche.

Cette cessation de la fièvre, qui est pour moi, comme pour M. Chomel, l'assurance la plus certaine que la pneumonie a complétement disparu, me rassura malgré l'exacerbation des phénomènes nerveux, car l'ataxie, dégagée de cette entrave, ne me parut, je l'avoue, plus redoutable, tant je comptais sur la puissance du musc. Je cherchai donc à calmer les alarmes des gardes qui entouraient le malade, et je poursuivis la continuation de la tisane, quelques cuillerées de bouillon et une simple potion gommée et musquée ; seulement, j'augmentai la dose du musc, d'autant que la potion précédente était finie depuis quelques heures, et que j'avais lieu de douter de la bonté du musc qu'elle renfermait. Ainsi, au lieu de 10 à 15 centigrammes que j'en prescrivais d'ordinaire, j'en ordonnai 20 centigrammes.

Mais alors ma confiance sur la solution heureuse de la maladie, loin de rassurer les assistants, et surtout une garde qui avait cru avoir assez expérimenté l'inutilité de cette même potion, sur laquelle je comptais tant, fit que l'on ne l'administra pas pendant la nuit, le malade, dit-on, en ayant refusé les premières cuillerées. Mais le véritable motif en était qu'on avait enfin résolu d'appeler dès le matin un confrère qui pût mieux que moi juger cette maladie qui allait toujours s'aggravant sans que je m'en aperçusse.

En effet, le lendemain, on vint m'avertir dans mon lit de cette détermination, en ajoutant que la nuit avait été plus mauvaise que jamais. Je courus donc auprès de mon malade, et comme tout fut expliqué, je repris toute confiance, et cela malgré l'opinion de mon confrère qui jugea le malade perdu, car il ne prescrivit rien et ne revint plus.

Pour moi, je persistai d'autant plus dans ma confiance, que j'avais

la persuasion que la pneumonie était entièrement résolue, et que l'ataxie n'avait augmenté que par l'ignorante négligence de continuer la potion musquée. D'ailleurs, le pouls, quoique affaibli, était encore bon, régulier et assez résistant; mais je crus ne devoir pas me fier à ma propre expérience quant à l'administration du musc, et je le donnai, à dater de cet instant, comme MM. Récamier et Trousseau, à la dose d'un gramme que je divisai en dix pilules dont on donnerait une toutes les heures. Ensuite, comme les circonstances étaient tellement changées que je n'avais plus à craindre l'état inflammatoire ni sa réaction sur la pneumonie résolue depuis deux jours; comme j'avais la conviction que l'ataxie était d'autant plus prononcée, qu'elle n'avait plus de contre-poids, si je puis ainsi parler, dans la phlogose, que même elle trouvait peut-être un aliment dans le manque de tonicité du sang, je conseillai en même temps dans l'intervalle des pilules, un peu de bouillon et du vin de Malaga mitigé avec de l'eau. Eh bien! après les dix pilules, le délire qui avait diminué progressivement cessa tout à fait, la figure exprima du calme et de la sérénité, le pouls s'éleva un peu, la moiteur de la peau reparut, et la convalescence, que j'avais espérée et presque promise, commença dès ce moment pour ne plus se démentir, car M. l'abbé *** a joui depuis de la meilleure santé.

De cette observation il découle, à mon sens, de nombreux et importants enseignements: d'abord, que l'ataxie peut compliquer de prime abord une pneumonie, qu'elle marche avec elle, se modifie suivant les phases du mal et les influences thérapeutiques; ensuite, que si une dose légère de musc est suffisante alors que l'ataxie est encore contrebalancée par les phénomènes inflammatoires réactionnels, ce qui sanctionne toujours ce principe si vieux et si vrai, ***sanguis moderator nervorum***, elle devient impuissante lorsque l'ataxie domine tout l'organisme et qu'elle est souveraine maîtresse du champ pathologique.

Cette observation, jointe à d'autres, que les limites d'un article de journal m'empêchent de reproduire ici, me témoigne encore que l'ataxie qui se développe pendant la période inflammatoire cède, mais ne disparaît pas complétement sous l'influence du musc; qu'en conséquence, dans cet état de choses, il est prudent d'en continuer l'usage jusqu'à ce que toute crainte ait disparu à cet égard.

Elle indique encore que lorsque l'ataxie est parvenue à son plus haut degré d'intensité, où elle n'arrive que lorsque les phénomènes réactionnels de la circulation ont cessé ou se sont arrêtés, l'action du musc est favorablement secondée par de légers toniques et restaurants appropriés à la sensibilité et à la faiblesse du sujet. Et cela, afin que, tandis que le musc agit sur les fonctions de l'innervation, les toniques agissent

aussi sur le sang qui à son tour a une réaction sur les fonctions vitales des organes encéphalo-rachidiens.

J'ajouterai encore que, l'action du musc me paraissant tenir essentiellement à ses propriétés odorantes, plus ce médicament sera divisé, plus ses propriétés seront énergiques ou promptes ; que toujours, excepté dans l'observation que je viens de produire, 10, 15 centigrammes dans une potion m'ont suffi pour atténuer ou détruire les phénomènes ataxiques, tant dans les fièvres typhoïdes que dans la pneumonie, ou certaines convulsions.

Mais, dira-t-on, vous avez continué cette potion quelquefois plusieurs jours, et vous ne pouvez savoir si une dose plus forte ne vous eût pas débarrassé tout à coup de l'ataxie, ce qui eût été bien préférable, puisque c'était réellement simplifier la maladie que de détruire du premier coup un élément pathologique si compromettant.

C'est fort juste ! mais malheureusement la puissance du remède ne va pas jusque-là. L'ataxie elle-même, qui cède complétement et pour toujours à une faible dose de musc chez quelques malades, ne cesse que momentanément dans le cours d'une maladie, lorsque d'autres éléments pathologiques subsistent encore et qu'ils sont capables de la reproduire. Ainsi, la prétention de juguler l'ataxie ne sera vraie, et l'on n'y parviendra d'emblée, que lorsqu'elle sera le dernier et le seul élément morbide, comme il est arrivé à la fin de la maladie de M. l'abbé***, si conforme, sous ce rapport, aux observations déjà publiées par MM. Récamier et Trousseau.

Dauvergne, D. M. P.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES CAUSES, LA NATURE, LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES GAZ DÉVELOPPÉS DANS LES VOIES DIGESTIVES.

Depuis Portal et Fodéré, les médecins, du moins en France, se sont peu occupés de l'étude des conditions morbides dans lesquelles les gaz peuvent se développer dans les voies digestives. A part un travail remarquable de M. Baumès, de Lyon (*Traité des maladies venteuses, etc.*), dont la deuxième édition parut en 1837, et une thèse fort bien faite, soutenue en 1840 à la Faculté de Paris par M. le docteur Josat (*De la Tympanite et de ses complications*), on chercherait vainement, je crois, dans la littérature médicale contemporaine, quelque preuve sérieuse de la préoccupation que ce sujet devrait naturellement donner aux médecins. En effet, les accidents déterminés par la présence des gaz dans les voies digestives sont extrêmement fréquents et variés ; sous l'influence de causes les plus diverses, l'accumulation

gazeuse dans les intestins peut occasionner des phénomènes toujours fort douloureux, quelquefois redoutables; souvent à tort, il est vrai, les malades accusent les *vents* d'un grand nombre de désordres pour lesquels le médecin est consulté; plus souvent encore, soit par indifférence de l'homme de l'art, soit par la stérilité ou par l'inopportunité de ses moyens, le malade s'abandonne aux prescriptions du plus aveugle empirisme, et remplace une incommodité par une maladie grave (1); enfin, l'intérêt physiologique et pathologique que ce sujet présente par lui-même, tous ces motifs auraient dû, ce semble, exciter le zèle des observateurs pour enrichir ce point de la science de recherches pratiques intéressantes et utiles.

Obligé, par une circonstance qu'il est inutile de rapporter ici, de m'occuper de ce sujet, j'ai été étonné du peu de précision que l'on y rencontre. J'ai trouvé des théories ingénieuses, des hypothèses brillantes, mais peu de faits sévèrement observés qui puissent conduire à une conclusion rigoureuse. Devant, cependant, formuler une opinion, j'ai cherché à en rassembler les éléments, et c'est le résultat de ces recherches que je vais exposer ici.

Pour arriver à pouvoir préciser avec quelque satisfaction pour l'esprit et pour la conscience des préceptes thérapeutiques, besoin est d'avoir des idées nettes sur les circonstances qui favorisent le développement d'une maladie, sur les phénomènes qu'elle détermine et les signes qui la font reconnaître, sur les analogies ou les différences qui la rapprochent ou la séparent d'autres affections; en d'autres termes, besoin est d'étudier son étiologie, son diagnostic, sa nature, sous peine de ne pas rencontrer, en un moment donné, cette chose d'une si grande importance, l'indication thérapeutique. On me pardonnera donc, je l'espère, quelques considérations succinctes sur ces éléments divers de l'affection qui nous occupe.

Le développement des gaz dans les voies digestives est une affection, pour parler le langage de l'école, qui peut être idiopathique ou symptomatique; elle est communément désignée sous le nom de *tympanite*, mot impropre, car il indique un phénomène qui n'est pas constant.

La tympanite idiopathique, essentielle, est celle dont le développement ne peut être attribué ni à une inflammation des voies digestives,

(1) Il existe à Paris un médicastre très-accilenté dont la spécialité consiste à traiter les *maladies venteuses*. On comprend que toute affection, quels que soient son siége et sa nature, ne reconnaît qu'une cause unique, les vents. J'ai vu un pauvre homme, porteur d'une consultation de ce *pneumopathe* (c'est ainsi qu'il se qualifie), faire usage d'un prétendu élixir carminatif pour une sciatique chronique!

ni à une altération organique grave, telles que cancer, hypertrophie, ramollissement, ulcérations, etc., des membranes gastro-intestinales, pas plus qu'à la fièvre typhoïde, toutes maladies dans lesquelles la tympanite est une complication fréquente et plus ou moins grave. En dehors de ces circonstances pathologiques, quelques individus, tantôt accidentellement et sous l'influence de causes que nous aurons à apprécier tout à l'heure, tantôt d'une manière presque constante et habituelle, sont tourmentés par un développement plus ou moins considérable, et quelquefois énorme, de gaz dans les voies digestives. Interrogez, examinez ces malades avec le plus grand soin, ni dans l'état anatomique des organes digestifs, ni dans les phénomènes physiologiques de la digestion, vous ne trouverez aucune lésion, aucun trouble qui puissent rendre compte des accidents qu'ils éprouvent. Leur santé générale est bonne, toutes leurs fonctions s'exécutent normalement, et à part l'incommodité dont ils se plaignent, incommodité pénible, douloureuse et surtout fort désagréable, aucune autre altération ne se fait remarquer dans leur état. C'est de cette première forme de la tympanite que je vais d'abord m'occuper.

Quel est le mode de développement, quelle est la source des gaz contenus dans les voies digestives? Cette première question offre un intérêt véritable et a été résolue de façons fort diverses. D'abord, par sa propre pesanteur, l'air atmosphérique, a-t-on dit, et cela est incontestable, peut pénétrer dans les voies naturelles et séjourner dans le tube digestif. Il peut y entrer par une déglutition véritable de ce fluide, plusieurs expérimentateurs l'ont prouvé; on sait que certaines personnes ont la faculté d'avaler de l'air, et, dans les opérations du recrutement, il a fallu se tenir en garde contre la supercherie de quelques conscrits qui se procureraient ainsi des tympanites spontanées énormes. Les aliments dont nous faisons usage contiennent une certaine quantité d'air, qui, dégagé par la mastication, pénètre dans l'estomac. Les actes de la digestion elle-même donnent naissance à une plus ou moindre grande quantité de produits gazeux; M. Magendie, MM. Leuret et Lassaigne ont recueilli et analysé des gaz produits pendant le travail de la digestion, soit sur des suppliciés, soit sur des animaux. Certains aliments dits *venteux*, tels que les haricots, les pois, les châtaignes, les choux, beaucoup de fruits crus, etc., ont la propriété incontestée de développer une grande quantité de gaz intestinaux. Un trouble quelconque dans les fonctions digestives, l'indigestion, donnent toujours lieu à la production de ces gaz. Voilà ce que l'on pourrait appeler les sources extérieures des gaz gastro-intestinaux.

Mais une première remarque, déjà présentée par M. Baumès, doit être faite ici, qui nous permettra d'aborder immédiatement le côté mé-

dical de la question : quelques enfants viennent au monde avec une tympanite véritable. On ne peut en rapporter évidemment la cause ni à l'introduction ou à la déglutition de l'air, ni à la mastication, ni à la digestion, ni aux aliments. Quelles sont donc son origine et sa source? Il ne faut pas les chercher ailleurs que dans la propriété que possèdent tous les corps organisés, végétaux et animaux, d'exhaler des gaz dont la nature et l'abondance varient d'après des circonstances qui ne sont pas toutes connues. Or, il est certain que le tube digestif des animaux exhale normalement une certaine quantité de gaz. Cette quantité, sous l'action de causes quelconques, vient-elle à augmenter, voilà l'incommodité, voilà la maladie. C'est donc cette exhalation normale et surabondante de gaz, en dehors de toute condition connue d'altération anatomique, qui constitue la tympanite idiopathique, essentielle.

Cette exhalation, cette sorte de sécrétion gazeuse morbide ne peut pas plus être révoquée en doute que la sécrétion muqueuse et séreuse du tube digestif en très-grande quantité dans certaines circonstances qui ne paraissent nullement liées à l'inflammation. Comme il existe une gastrorrhée, une entérorrhée, il existe également une sorte de *flux* gazeux qu'avec juste raison M. Baumès a proposé de nommer *pneumorrhée*. Ce qu'il y a de remarquable même, c'est que quelques-unes des circonstances qui donnent naissance aux flux muqueux ou séreux de l'estomac et des intestins peuvent produire aussi le flux gazeux; que ces deux exhalations de la muqueuse gastro-intestinale peuvent se succéder, alterner, se suppléer, et que ces deux phénomènes paraissent liés à la même modification vitale de cette membrane muqueuse.

Le mécanisme au moyen duquel s'opère cette exhalation gazeuse échappe à tous nos moyens d'investigation, et l'on ne peut invoquer ici que des conjectures et des hypothèses qu'il est même inutile d'indiquer. Mais il rentre tout à fait dans le but pratique de cet article d'étudier les causes de son développement et la nature du phénomène; ces deux éléments bien connus, en effet, rendront la thérapeutique plus facile et plus sûre.

D'après les auteurs, les causes de la tympanite seraient fort nombreuses et très-diverses; cependant, en tenant compte seulement de celles qui sont indiquées dans les observations que j'ai eues sous les yeux, en ne tenant compte surtout que des observations de tympanite essentielle, c'est-à-dire développée en dehors de toute altération intestinale grave, on peut assez facilement en réduire le nombre.

Parmi les causes extérieures, j'ai noté l'influence d'un refroidissement subit. Dans plusieurs observations, il est question d'individus qui, étant en sueur, ont été soumis tout à coup à une tempéra-

ture froide et ont été pris, plus ou moins immédiatement après, d'un développement anormal de gaz intestinaux. Une émotion morale vive, un accès de colère, l'annonce d'une nouvelle imprévue, en ont été la cause déterminante dans quelques autres. On remarquera que ces mêmes causes sont souvent mentionnées dans la production de la gastrorrhée et de l'entérorrhée. Plusieurs fois aussi j'ai rencontré l'abus des boissons alcooliques et excitantes signalé comme cause de la tympanite. Il paraît que la maladie serait beaucoup plus fréquente en Angleterre et en Hollande qu'en France, et l'abus du thé serait la cause de cette fréquence. Cette infusion agirait en excitant, suivant les uns, en débilitant, selon les autres, la membrane muqueuse intestinale. Je connais une personne chez laquelle le café produit inévitablement la tympanite ; l'expérience, répétée dans toutes les conditions possibles, a toujours eu le même résultat. M. le docteur Josat se cite lui-même comme nécessairement en proie à une tympanite toutes les fois qu'il mange du turbot. J'ai vu une autre personne qui est prise de tympanite toutes les fois qu'elle dépasse l'heure habituelle de ses repas ou de son sommeil. M. Josat cite une dame chez laquelle la tympanite se développe tous les jours après son dîner ; elle est pour elle l'indice d'une digestion facile ; quand elle manque, ou quand elle est moins développée, cette dame éprouve les accidents d'une indigestion. Les glaces et les boissons frappées sont, pour une autre personne, une cause inévitable de tympanite.

Quant aux causes organiques, j'ai trouvé signalés la présence de vers dans les voies digestives, les névroses de ces organes, les accès d'hystérie, la répercussion d'un exanthème, la métastase d'une affection rhumatismale ou goutteuse, la disparition d'une hémorrhagie habituelle.

Dans presque tous les cas, il est question du tempérament nerveux comme prédominant.

Nulle part je n'ai vu mentionnée une cause qui me paraît très-efficace dans la production de la tympanite intestinale, je veux parler de la constriction exercée par certains vêtements sur la région de l'estomac. Qui n'a été frappé, auprès des jeunes personnes et de la plupart des dames, d'entendre des borborygmes bruyants, quelquefois le bruit de véritables tempêtes intestinales occasionnées par une sorte de précipitation des gaz dans l'intestin grêle? Ces gaz naissent dans l'estomac, ils tendent à remonter et à s'échapper par la bouche par des éructations que l'habitude et les exigences de la bonne compagnie rendent insonores ; mais le corset les comprime, les empêche de trouver issue par la voie supérieure, et ils se précipitent bruyamment dans l'intestin grêle où quelquefois ils s'accumulent et déterminent des accidents toujours douloureux, et souvent assez graves. J'en ai récemment vu un exemple sur

une jeune personne de dix-sept ans qui, au sortir de table, fut prise de coliques très-vives qui déterminèrent une syncope. Après qu'elle fut délacée, je fus surpris du développement de l'abdomen ; la percussion me donna une sonorité caractéristique ; les gaz de l'estomac avaient été refoulés par le corset dans l'intestin grêle, et ce ne fut qu'après leur pérégrination dans l'étendue de l'intestin que, trouvant une issue naturelle, ils purent s'échapper avec un *strepitus* qui rendit fort honteuse cette pauvre demoiselle.—Du reste, d'après les résultats de M. Josat, les femmes seraient beaucoup plus sujettes que les hommes à la tympanite, car, sur trente-deux cas, il l'a observée vingt-trois fois sur des femmes. Je ne crois pas m'abuser en disant que l'usage du corset est, chez elles, une cause puissante de cette affection.

M. Josat n'hésite pas à croire que la retenue qu'imposent les usages du monde et les efforts qu'elle exige pour empêcher l'éructation bruyante des gaz développés dans l'estomac, ne soient une cause efficace de tympanite. Il est certain que cette rétention des gaz occasionne un malaise inexprimable, un véritable état d'angoisses et de suffocation. C'est pour se soustraire à cette position pénible qu'un compositeur célèbre, sujet aux flatulences, annonça, il y a quelques années, aux amphitryons de Paris qui se disputaient sa présence, qu'il n'accepterait plus désormais que des dîners de garçon. Les Hollandais, dit-on, n'y mettent pas tant de façons, et les éructations sont un usage général aussi peu de mauvaise compagnie chez eux, que chez nous l'usage passablement étrange de se rincer la bouche après dîner.

De toutes les causes, la plus puissante, à mon sens, est un état particulier de la muqueuse gastro-intestinale, inconnu dans son essence, se rattachant probablement à quelque trouble plus intime et plus profond d'un des grands systèmes de l'économie, le nerveux ou le sanguin, perturbation que l'on appellera dynamique, vitale, comme on voudra, mais qui ne laisse ni trace ni empreinte anatomiques, que le scalpel s'évertuerait en vain à chercher, et qui ne se traduit que par ce phénomène, l'exhalation abondante des gaz. Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de quelques opinions récentes sur la nature de ce phénomène, je me borne à constater en ce moment qu'il n'est lié à aucune altération organique appréciable.

Cette exhalation gazeuse peut se faire dans des parties diverses du tube digestif. Bien rarement elle est générale ; quelques auteurs en ont cité des exemples que je ne crois pas très-concluants. Le plus ordinairement la tympanite est partielle, et limitée d'abord à une des divisions des voies digestives.

M. Josat, qui me semble avoir établi des divisions judicieuses, ad-

met une tympanite *de l'œsophage* ; mais la description qu'il en donne est incomplète et un peu confuse. S'il veut dire seulement que dans quelques circonstances la muqueuse de l'œsophage est celle qui exhale d'abord les gaz, je partage son opinion ; car j'ai bien souvent l'occasion de remarquer ce fait sur une personne de ma connaissance dont les gaz se développent d'abord évidemment dans l'œsophage ; elle les sent naître, pour ainsi dire, monter vers la gorge où un spasme de pharynx les empêche de pénétrer plus avant, puis redescendre avec un bruit caractéristique dans l'estomac d'où ils s'échappent dans l'intestin grêle. Cette tympanite de l'œsophage donne lieu à un sentiment de suffocation fort pénible.

La tympanite *stomacale* doit occuper le premier rang dans l'ordre de fréquence. Elle donne lieu à des accidents nombreux suffisamment indiqués par les auteurs ; éructation de gaz par la bouche, quelquefois avec une difficulté telle, que l'ingestion des aliments et des boissons est empêchée, que la figure est contractée, la respiration gênée ; hoquet, toux, vertiges ; douleur et ballonnement épigastriques avec bruit particulier assez semblable au murmure d'un ruisseau ; distension de l'estomac quelquefois énorme, et alors pâleur de la face, dyspnée, suffocations, palpitations, lipothymie dans les cas les plus graves, tel est le cortége des symptômes que la maladie fait naître. Quelques auteurs parlent même de terminaison funeste, mais je n'en ai pas rencontré un seul cas dans la tympanite idiopathique ; dans ceux où la mort est survenue, la tympanite était toujours liée à une altération organique grave de l'estomac.

La tympanite de l'*intestin* peut être bornée à l'intestin grêle ou à une des divisions du gros intestin. Les symptômes qu'elle détermine sont connus de tous les médecins, il serait superflu de les rappeler ici.

Il n'en est pas de même de quelques autres points de l'étude des gaz intestinaux, et dans un second article je parlerai du diagnostic, de la nature de l'affection et de son traitement.

Amédée Latour.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

SUR UNE ESPÈCE PARTICULIÈRE D'EXOPHTHALMOS PRODUIT PAR L'HYPERTROPHIE OU LA CONGESTION DU TISSU CELLULO-GRAISSEUX DE L'ORBITE ET SUR LE TRAITEMENT QUI LUI CONVIENT.

On désigne sous le nom d'exophthalmos les maladies qui ont pour signe pathognomonique principal la saillie du globe oculaire hors de

son orbite, et qui sont dues au développement d'une tumeur d'une nature quelconque dans l'intérieur de cette cavité. Les maladies les plus hétérogènes ont été réunies sous cette dénomination. Elle disparaîtra nécessairement du cadre nosologique quand l'étude clinique, jointe à des recherches anatomiques plus approfondies, aura réussi à éclaircir davantage la nature de ces différentes productions anormales et leur diagnostic différentiel. Vouloir comprendre dans un seul et même travail toutes les maladies de cette espèce, ce serait entreprendre une des monographies les plus vastes, et trop vaste assurément pour être contenue dans les limites d'aucun ouvrage général de pathologie ou d'aucun journal de médecine. Les tumeurs cancéreuses de l'orbite, à elles seules, formeraient déjà un mémoire des plus étendus. Il est plus rationnel, et en même temps plus utile pour la pratique, de réunir, d'après leurs caractères anatomiques et nosologiques, les différentes tumeurs de l'orbite, dont chacune doit former dans la nosologie oculaire le sujet d'un chapitre particulier.

Aujourd'hui nous nous proposons d'entretenir les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* d'une espèce particulière d'exophthalmos que nous n'avons trouvée décrite nulle part. Les phénomènes en sont fort obscurs, et, pour cette raison, elle mérite qu'on fixe sur elle l'attention des hommes sérieux, afin qu'on l'étudie avec plus de soin. C'est aux tumeurs de cette espèce, et à celles qui, sous le rapport de l'obscurité, leur sont semblables, qu'on devrait réserver particulièrement le nom d'exopbthalmos. En effet, comme la saillie de l'œil est le seul symptôme tout à fait positif et manifeste, comme la nature de l'altération qui produit cette saillie ne peut être déterminée d'une manière plus précise, le nom vague d'*exophthalmos* leur est applicable. Il leur convient d'autant mieux, qu'on l'emploie généralement aujourd'hui pour désigner une saillie du globe oculaire, dont la cause peut être attribuée à une tumeur développée derrière cet organe, sans inflammation de ses tissus ou de ceux qui tapissent la cavité orbitaire. On a réservé le mot d'*exophthalmie* à la saillie inflammatoire du globe causée par l'intumescence phlegmasique de ses membranes, à la suite de laquelle, trop volumineux pour être contenu dans l'orbite, il est projeté plus ou moins en avant. On distingue encore sous le nom de *procidence de l'œil* (*ophthalmoptosis, proptosis oculi*), le déplacement traumatique du globe, lorsque, par un agent vulnérant quelconque et d'ordinaire obtus, il est chassé au dehors et, pour ainsi dire, luxé, ce qui ne peut avoir lieu sans une solution simultanée dans la continuité de l'un ou de plusieurs de ses muscles.

Quant à l'espèce d'exophthalmos dont je me propose de parler ici,

elle s'effectue généralement sans que la vue et le toucher puissent découvrir la moindre tumeur, la moindre inégalité derrière l'œil ou sur ses côtés, dans la partie antérieure de l'orbite ou derrière les paupières. La saillie du globe oculaire mise à part, cet organe paraît occuper sa position normale, sans présenter aucune déviation ni d'un côté ni de l'autre. Cette particularité fait supposer de prime abord que la tumeur qui chasse l'œil en avant doit avoir son siége au sommet de l'orbite, ou être étendue dans tout l'espace de cette cavité qui n'est pas occupé par le globe lui-même. Or, cette dernière disposition ne peut exister sans que le tissu cellulo-adipeux orbitaire soit affecté d'une manière uniforme. Cette circonstance, jointe aux symptômes de congestion cérébrale ou cérébro-oculaire chronique qui accompagnent presque toujours cette maladie, m'ont fait présumer de bonne heure que son existence est due à l'une des trois causes suivantes : tantôt à une simple hypérémie concentrée dans l'espèce d'éponge formée par le tissu celluleux de l'orbite, tissu dont la structure et la vascularité le disposent on ne peut plus à une stase sanguine ; tantôt à une véritable hypertrophie de ce même tissu, et enfin, en dernier lieu, à son infiltration œdémateuse. Bien entendu que ces états peuvent se compliquer l'un l'autre, se combiner entre eux. En outre, ainsi que dans tous les tissus et dans tous les organes, il peut quelquefois se présenter ici un état intermédiaire entre la simple hypertrophie et la phlegmasie chronique. Cela constituerait donc une espèce de phlegmon chronique de l'orbite. En raison de la marche très-lente des phénomènes, cette affection se présenterait dans ce cas avec des symptômes obscurs, différant notablement de ceux du phlegmon orbitaire aigu et subaigu. Au sujet de ces dernières maladies inflammatoires, je me dispenserai d'entrer ici dans aucun détail ; j'en ai fait le sujet d'un Mémoire à part que je conserve dans mes cartons depuis près de dix ans et que je me propose de publier en temps et lieu.

Plutôt que de me livrer à un grand nombre de développements purement théoriques à propos de cette maladie non encore décrite, que je sache, je crois plus avantageux, pour la décrire, d'en rapporter plusieurs observations, en accompagnant les notes complètes que j'en ai conservées de quelques réflexions que j'ai présentées dans les leçons cliniques auxquelles ces cas ont donné lieu.

Obs. I. *Exophthalmos traité par la médication des tumeurs hétérologues. Premier diagnostic obscur : hypertrophie du tissu cellulo-graisseux orbitaire avec phlegmasie chronique et infiltration séreuse qui s'est propagée jusque dans le tissu des paupières.—Guérison.*

Mme Mo.., ouvrière, âgée de vingt-deux ans, se présente à ma clinique

le 9 juin 1844, pour un exophthalmos de l'œil gauche. Il y a un an environ qu'elle s'en est aperçue pour la première fois ; l'affection a augmenté plus rapidement depuis six semaines. Actuellement, au premier aspect, la saillie de cet œil est manifeste et choquante. Sa proéminence en dehors de l'orbite s'effectue directement en avant; elle est de 5 à 6 millimètres environ au delà de la saillie normale de l'œil droit qui, cependant, est naturellement volumineux et très-convexe. Le globe oculaire gauche a un peu perdu de sa mobilité dans toutes les directions, mais ce défaut de mouvement n'est pas plus marqué dans un sens que dans un autre. Quand on exerce sur l'organe une pression d'avant en arrière, il se manifeste un peu de rénitence ; la cavité qui le contient paraît plus remplie qu'à l'état normal, et, tout le long de son pourtour, semble laisser déborder son contenu sous forme de bourrelet plus ou moins consistant, qui soulève un peu les paupières et efface en partie le pli palpébral supérieur ; mais sur aucun point particulier le doigt, même le petit doigt ; quand on l'introduit entre la circonférence de l'œil et le pourtour de l'orbite, ne peut sentir une tumeur, une inégalité, une accumulation d'une matière quelconque, ou une augmentation circonscrite du tissu graisseux orbitaire. La malade est d'une constitution lymphatique et disposée aux congestions sanguines vers la tête. Elle ne se souvient pas d'avoir jamais eu d'autre maladie que des flueurs blanches, sans autre symptôme de syphilis primitive ou secondaire.

Diagnostic. Cet exophthalmos me semble tenir à une hypertrophie du tissu cellulo-graisseux orbitaire, avec inflammation chronique légère et infiltration œdémateuse. Cette maladie, selon mes observations, est assez fréquemment la cause d'une proéminence plus considérable du globe de l'œil sur les personnes affectées de congestion cérébrale chronique. Pourtant l'exophthalmos est parfois le produit d'une tumeur circonscrite placée au sommet de l'orbite, où elle entoure le nerf optique : elle donne lieu aux mêmes symptômes.

Le *pronostic* est fâcheux, et voici pourquoi : la rénitence, moins grande lorsqu'on essaye de refouler l'œil en arrière, permet, sans doute, d'espérer qu'il s'agit seulement d'une simple hypertrophie du coussinet adipo-celluleux orbitaire. Cependant on pourrait avoir affaire à une maladie plus grave, si l'affection, au lieu de s'étendre à tout le coussinet, n'occupait que le sommet de l'orbite. Les tumeurs développées dans cette région autour du nerf optique sont presque toujours formées de substance encéphaloïde, et par conséquent se terminent le plus souvent par la mort, même après l'extirpation du tissu morbide. Car, soit qu'on la pratique sans toucher au globe, ou qu'on enlève en même temps cet organe, les mamelons de cette espèce de cancer étant très-difficiles à enlever nettement sans qu'il en reste une petite portion adhérente aux parois de l'orbite, on est presque toujours exposé à voir repulluler le parasite.

Le *traitement*, dans l'une et l'autre supposition, doit consister à

appauvrir le sang et à diminuer sa plasticité. On doit également amoindrir la nutrition pour empêcher l'accroissement de la tumeur. On doit enfin stimuler la résorption par tous les moyens appropriés. L'extirpation n'est pas encore indiquée. En effet, la malade continue à y voir bien, à l'exception d'un léger trouble visuel. La vision n'est donc point assez affaiblie, ni la pupille assez dilatée pour faire croire à une compression très-forte du nerf optique, encore moins à une atrophie ou à une autre altération organique de ce nerf. Il est évident qu'ont doit agir tout autrement que dans un cas de cécité absolue avec dilatation et immobilité complète de la pupille; et même, à la grande rigueur, dans ce cas, ne devrait-on avoir recours à l'extirpation de la tumeur et du globe qu'après avoir vainement essayé pendant quelque temps les moyens pharmaceutiques.

Le 9 juin 1844, je prescris quinze sangsues à appliquer aux cuisses après les règles, un purgatif avec un gramme de scammonée, des pédiluves avec du sel et des cendres, des frictions à pratiquer sur le front et les tempes avec l'onguent napolitain, jusqu'à concurrence de 15 grammes, et 5 centigrammes de calomel à prendre le matin pendant quatre jours.

Le 17 juin, l'exophthalmos a considérablement augmenté; en même temps les paupières sont gonflées, rouges et un peu œdématiées; la conjonctive commence à se chémoser. La malade éprouve une douleur assez vive dans la cavité oculaire et derrière le globe. La tumeur a sans doute augmenté, et, si elle est formée par du tissu encéphaloïde, elle s'est compliquée de l'inflammation et de l'infiltration du tissu cellulo-adipeux orbitaire, infiltration séreuse qui s'est propagée aux paupières. S'il n'y a eu qu'hypertrophie avec inflammation chronique de ce tissu, elle a augmenté et s'est compliquée d'infiltration. (Saignée de trois palettes; continuer les autres moyens.) La malade, d'après mon conseil, consulte le professeur Auguste Bérard, qui approuve entièrement le diagnostic et le traitement.

Le 20 juin, l'œdème des paupières a encore fait de très-grands progrès et le globe oculaire est beaucoup plus saillant. Le chémosis séreux forme un bourrelet très-volumineux et très-rouge, qui se replie sur le bord de la cornée. J'excise un large pli de sa moitié inférieure; je fais de nouveau appliquer vingt sangsues au-devant de l'oreille gauche, employer 30 grammes d'onguent napolitain, prendre 5 centigrammes de calomel matin et soir pendant 3 jours, puis un purgatif.

Le 23 juin, le chémosis et l'œdème des paupières ont disparu; le globe oculaire, beaucoup moins saillant, occupe à peu près la place qu'il avait avant le commencement de l'œdème. Je fais suspendre l'usage des préparations mercurielles à cause d'un commencement de salivation. (Purgatif; frictions des gencives avec de l'alun en poudre; limonade de crème de tartre.)

Le 25 juin, il y a une légère recrudescence des symptômes inflammatoires qui disparaissent de nouveau au bout de quelques jours, après une saignée de trois palettes. On prescrit l'emploi des préparations iodurées que l'on alterne avec les purgatifs. (Eau 200 grammes, iodure de potassium 10 gram-

mes, une cuillerée à bouche deux à trois fois par jour ; axonge 15 grammes, iodure de potassium 1 gramme, en onctions sur le front, la tempe et la pommette gauche.)

Les souffrances ayant entièrement cessé, la malade, tout en continuant le traitement, ne revient que le 22 juillet, où l'exophthalmos est tellement réduit que le globe oculaire gauche est à peine un peu plus saillant que le droit. Il a repris beaucoup de mobilité dans tous les sens ; ses mouvements sont presque aussi étendus que ceux de l'œil sain ; la vision est à peine un peu troublée. On continue les préparations d'iode; de temps à autre un purgatif; plus tard des vésicatoires volants sont promenés sur la nuque et derrière l'oreille gauche. La malade est revenue me voir dans la dernière moitié de l'année 1845; la guérison ne s'était point démentie.

De cette observation on peut déduire la règle générale suivante : dans tout exophthalmos où le globe présente une saillie uniforme, sans déviation latérale et sans qu'on puisse sentir aucune tumeur circonscrite derrière l'œil ou sur l'un des côtés, il convient de faire le traitement général des tumeurs hétérologues, c'est-à-dire de combattre l'affection par les antiplastiques, les antiphlogistiques et les dérivatifs, parmi lesquels nous comprenons les purgatifs, en modifiant toutefois ces moyens d'après la constitution du malade et les affections générales qu'il peut présenter.

De plus, nous voyons dans cette observation un exemple de l'obscurité extrême qui enveloppe ces sortes d'affections. Dans les premiers jours où la malade s'est présentée à nous, il nous était impossible de décider si nous avions affaire soit à une hypertrophie du tissu cellulo-graisseux de l'orbite, soit à une infiltration séreuse de ce même tissu, soit à une tumeur quelconque située au sommet de l'orbite, qui assez fréquemment est le siége de l'encéphaloïde. L'issue de la maladie nous fait pencher pour une hypertrophie, compliquée de phlegmasie chronique, et qui, au bout d'un certain temps, s'est accrue avec une rapidité assez grande pour donner lieu à la compression des vaisseaux et, par suite, à l'infiltration œdémateuse de la conjonctive et des paupières. Quand bien même la saillie de l'œil aurait eu pour cause une affection d'un autre genre, le traitement dont on a fait usage n'aurait pu produire que de bons effets. On peut donc le recommander dans tout cas semblable, comme étant rationnel d'une part, et de l'autre sanctionné par l'expérience.

Obs. II. *Exophthalmos commençant de l'œil gauche avec mydriasis; hypertrophie du cœur et congestion du sang vers la tête; par suite, hypertrophie du tissu cellulo-graisseux de la cavité orbitaire. Guérison.*

Mme Me..., couturière, âgée de trente-huit ans, se présente à ma clinique le 21 mars 1839. Du côté gauche, le globe de l'œil semble beaucoup plus saillant que son congénère; il est dur et paraît un peu plus volumineux.

Cependant, après un examen plus attentif, on reconnait que la cornée de l'œil gauche n'est pas plus grande que celle de l'autre œil, bien qu'au premier aspect elle en ait l'apparence, à cause de la dilatation de la pupille dont le diamètre est presque double de celui de la pupille droite. A travers un diaphragme formé de papier noir, dans lequel on découpe une ouverture grande comme la pupille de l'œil sain, quand cet œil est frappé par une vive lumière, la malade voit beaucoup mieux et presque avec netteté, ce qui suffit pour prouver que la dilatation de la pupille est un simple mydriasis et non une amaurose. Il semblerait donc qu'il y eût une compression du ganglion ophthalmique et du globe oculaire par un développement excessif du tissu cellulo-graisseux orbitaire. Au moins, ne peut-on sentir aucune tumeur circonscrite ni dans la profondeur de l'orbite, ni à sa circonférence entre ses parois et la coque oculaire, qui n'est déviée dans aucune direction, et qui se laisse refouler en arrière moins facilement qu'à l'état normal, mais beaucoup mieux néanmoins que dans les cas de tumeurs circonscrites et dures développées à l'intérieur de cette cavité. Le pli palpébral supérieur est presque effacé, les deux paupières présentent un certain degré d'élévation entre le globe et le pourtour de l'orbite. Le développement du tissu adipo-cellulaire de cette cavité est probablement consécutif à une congestion sanguine vers l'hémisphère gauche du cerveau, qui paraît due elle-même à une hypertrophie du cœur. Les battements de cet organe sont impétueux, d'uno intermittence extrême; on les entend et, à l'aide de la main appliquée sur le thorax, on les sent dans tout le côté gauche de la poitrine. Je n'y distingue ni bruit de râpe, ni bruit de soufflet; mais, après avoir ausculté longtemps, je crois entendre un léger bruit qui n'est pas normal. La malade éprouve un tremblement très-marqué dans les extrémités inférieures, de l'oppression, etc. Il lui vient, de temps à autre, un engourdissement douloureux dans le bras gauche, suite de l'affection du cœur, je le suppose.

Dans le but complexe de diminuer la plasticité du sang, de ralentir la circulation et d'agir sur la sécrétion urinaire, j'administre 30 centigrammes de calomel avec 60 centigrammes de digitale pourprée, en douze paquets, deux par jour; je prescris des frictions d'onguent napolitain dans la région du cœur, une saignée de trois palettes.

La salivation se déclare promptement et l'amélioration est simultanée. Au bout de huit jours le mydriasis a complétement cessé, et le globe revient presque à sa grosseur et à sa position normales. Je fais appliquer douze sangsues à l'anus, à cause de la persistance des céphalalgies qui, cependant, ont diminué, et prendre un purgatif.

Le 9 avril, la malade se plaint encore de douleurs aux gencives et de maux de tête. (Douze autres sangsues sont appliquées à l'anus; limonade sulfurique, pédiluves.) Je ne revois plus la malade.

Le 27 décembre 1839, je lui écris, et elle se présente à ma clinique, fort contente de l'amélioration qu'elle a obtenue. Les maux de tête sont rares, les palpitations bien moindres, et la vision est rétablie, bien que la pupille soit encore un peu plus large et moins mobile que celle de l'œil droit. Le globe oculaire gauche n'offre plus aucune saillie anormale et se meut presque aussi aisément que son congénère; l'espace qui existe entre la paupière supérieure et l'arcade sourcilière présente une convexité matelassée par du tissu cellulaire un peu élastique, tandis que le même espace du côté droit

est profondément concave. Les règles sont normales, cependant presque toujours un peu en avance. La violente impulsion du cœur et le bruit particulier persistent, bien qu'un peu amoindris.

Je fais continuer l'usage de la limonade sulfurique qui est fort bien supportée et qui soulage les palpitations. Je prescris de temps à autre quelques frictions mercurielles au pourtour de l'orbite et dans la région du cœur, deux fois par semaine un pédiluve irritant, des vésicatoires volants sous le sein gauche ; un régime doux.

Cette malade est revenue me consulter de nouveau à la fin de l'année 1845. Cette fois, c'était pour une conjonctivite qui a bientôt cédé aux moyens mis en usage. La guérison de l'exophthalmos ne s'était pas démentie, et le reste de l'engorgement du tissu celluleux orbitaire, encore sensible à la dernière consultation que la malade était venue prendre en 1839, avait complétement disparu.

Dans cette observation, les signes évidents d'hypertrophie du cœur laissaient moins d'obscurité sur la véritable nature du mal. Il est hors de doute que nous avions affaire à une hypertrophie ou congestion sanguine du tissu adipeux de l'orbite. La compression que subissait le ganglion ophthalmique avait produit un mydriasis symptomatique qui a cédé avec l'affection principale. Notre traitement, dirigé en même temps contre la congestion cérébro-orbitaire et sa cause, l'impulsion trop forte de l'organe central de la circulation, a rétabli la vision et fait disparaître l'exophthalmos. Cependant, le cœur hypertrophié n'a pas été ramené à son état normal. Si nous comparons ce dernier cas au précédent, nous verrons qu'ici la nature de la maladie était plutôt exclusivement sanguine et sthénique, tandis que, dans la première observation, la constitution lymphatique du sujet avait exercé une influence qui a été heureusement combattue par l'emploi de l'iode.

Il y a peu de temps, j'ai appris (*Gazette médicale,* 31 janvier 1846, p. 94) que MM. Robert Mac-Donnel et Henry Marsh (*the Dublin Journal of medical Science*, mai et juillet 1845) ont signalé, sans les expliquer ni en donner d'autres détails, la proéminence des yeux et de la glande thyroïde coïncidant avec des palpitations du cœur, sans que la fonction visuelle ait cessé de s'accomplir dans toute son intégrité. Les états pathologiques décrits dans le journal anglais, dont je n'ai pu me procurer l'original, sont très-probablement analogues à la maladie qui fait le sujet de ma dernière observation. Ils ont été sans doute produits par une congestion sanguine de l'orbite. Si M. Mac-Donnel dit « que les yeux étaient augmentés de grosseur (*enlarged*) », je crois que sur ce point il se trompe, et que le rédacteur de la *Gazette médicale* a parfaitement raison de dire « que, s'il ne s'agissait que d'un exophthalmos, il serait rationnel de l'expliquer par la congestion du réseau vasculaire du fond de l'orbite. »

Postérieurement à ces deux observations, M. Mac-Donnel a été conduit à soupçonner des palpitations chez une dame au seul aspect de la proéminence et de l'égarement des yeux. Nous nous garderons bien de suivre sur ce point l'exemple de cet estimable confrère; nous sommes convaincu que ce serait nous exposer aux erreurs les plus fréquentes et les plus graves. Quand on ne s'est pas borné à examiner un petit nombre d'exophthalmos, on sait que les altérations pathologiques qui déterminent ou constituent cette maladie sont extrêmement multiples et variables; quelques-unes même, telles que des exostoses des parois de l'orbite situées près de la base de cette cavité, ou des tumeurs placées à sa partie antérieure, sont reconnaissables sans difficulté et presque au premier coup d'œil.

Nous croyons que l'affection dont nous venons d'entretenir nos lecteurs mérite d'attirer l'attention des praticiens. Bien que jusqu'ici nous manquions de recherches d'anatomie pathologique, les deux cas rapportés par nous nous semblent étayer d'une manière assez solide notre opinion, d'autant plus que le traitement dont nous avons fait usage nous a parfaitement réussi; et tout nous porte à croire que d'autres moyens n'auraient point eu un résultat aussi heureux ni aussi prompt. Plusieurs faits de cette nature se sont offerts à notre observation; mais soit qu'ils aient été moins concluants et moins satisfaisants, soit qu'ils n'aient rien ajouté à notre expérience sous le rapport de la pratique et de la science, nous n'en avons point tenu note d'une manière si exacte et si complète; mais, nous croyons pouvoir le dire, ils nous ont semblé en général confirmer les idées que nous avons émises.

Sichel, D. M.

De la prééminence des injections iodées sur les injections vineuses dans le traitement de l'hydrocèle.

Si l'instinct du malade lui fait souhaiter que l'opération destinée à le délivrer de l'affection qui le tourmente soit exécutée avec le plus de célérité et le moins de douleur possible, un instinct non moins fidèle chez le médecin, l'on pourrait dire un devoir impérieux, l'oblige, en ce qui le regarde, à s'appliquer à réaliser les vœux du patient en modifiant les méthodes opératoires de manière à les rendre plus fixes, plus promptes et plus supportables. Cette vérité, guide lumineux de la pratique, apparaît, grandit et se développe à chaque page des annales de l'art; un axiome célèbre l'a d'ailleurs consacrée. Non moins favorisé que celui de la plupart des autres affections chirurgicales, le traitement de l'hydrocèle a trouvé dans cette dualité d'efforts

une source féconde de progrès. La sûreté d'exécution et la fidélité des effets des injections iodées, dont on se sert aujourd'hui avec tant d'avantages pour obtenir la cure radicale de cette maladie, en sont un exemple frappant. Que les destinées du traitement de l'hydrocèle sont en effet opposées! Prenez-le à son point de départ et suivez-le jusque vers le milieu du siècle dernier, vous le verrez tour à tour livré à l'empire d'opérations sanglantes, longues, cruelles et, ce qu'il y a de pire, incertaines. Apprécier de la sorte l'incision du sac, l'excision de la tunique vaginale, la cautérisation de cette membrane séreuse, l'usage du séton, celui de la tente, ce n'est assurément pas franchir les limites de l'équité. Enfin à ces procédés qu'on n'invoque plus que dans quelques circonstances exceptionnelles, on substitua avec bonheur les diverses espèces d'injections.

Dans le but de déterminer une inflammation adhésive capable d'oblitérer le sac de l'hydrocèle, plusieurs liquides furent d'abord assayés. C'est ainsi que l'alcool, le vin, la décoction aluminée de roses rouges, les solutions de pierre à cautère, de sulfate de zinc, d'eau phagédénique furent successivement préconisées et injectées dans la cavité de la tunique vaginale par Monro du régiment de Hume, Lembert, Monro le chirurgien, Sharp, Saucerotte, Levret, Planque, Chastanet, Cuquel et Majault. Sabatier vint : par l'autorité de sa parole et l'influence de son Mémoire (*Mém. de l'Acad. roy. de méd.*, tom. III, édit. de 1837), ce grand maître détruisit les hésitations, effaça les dissidences. A son exemple, les injections vineuses furent enfin généralement adoptées, et dès lors commença pour elles la juste et brillante renommée que nous leur avons connue. Mais soyons juste : pendant la longue période d'années où nous les avons vues régner sans rivales, la cure de l'hydrocèle passait-elle pour une opération simple, facile, innocente, sans importance enfin? Nous avons suivi les cliniques de Boyer, de Dupuytren, et telle n'était pas l'opinion de ces professeurs : pour eux, comme pour tous les praticiens de cette époque, les injections vineuses constituaient une opération sérieuse, difficile, qui exigeait des précautions attentives, minutieuses, une grande dextérité de la part du chirurgien et des aides. Les chances de la guérison en dépendaient ainsi que la préservation des accidents graves que l'on redoutait par-dessus tout : je ne veux pas seulement parler de la fièvre, mais des inflammations violentes, des gangrènes étendues du scrotum qu'il était commun d'observer aux cliniques. Les injections vineuses ne se produisaient donc pas comme une méthode sans danger ; elles laissaient évidemment à désirer. La tendance à améliorer que nous avons signalée dans les esprits produisit des faits qui révélèrent l'innocuité et la puissance d'action des injections iodées.

Témoin à Paris, dans l'été de 1836, des vingt premières guérisons d'hydrocèle obtenues par M. Velpeau, à la Charité, avec l'injection de la teinture d'iode (*Bull. thér.*, tom. XII, p. 117), que deux ans plus tard, à Montpellier, dans l'hôpital Saint-Éloi, je vis, entre les mains de M. le professeur Serre, réussir avec une précision non moins admirable, je devais, séduit par l'expérience, devenir partisan de cette méthode. Plus tard je vis, dans la localité que j'habite, deux personnes, un magistrat et un vieux soldat de l'Empereur à l'île d'Elbe, M. Nebout, opérées avec le vin par des confrères différents. Des accidents terribles surgirent; la guérison fut longue et laborieuse. Ces médecins durent regretter de n'avoir pas eu recours à un procédé plus simple qui leur eût certainement épargné la censure si injuste, si aveugle du public ignorant. Ces deux exemples me servirent ; ils portaient cet enseignement : le vin guérit l'hydrocèle, il le guérit souvent, c'est incontestable ; mais ce qui n'est pas moins incontestable, c'est que le vin conduit fréquemment à de déplorables mécomptes. Il est une méthode plus sûre pour le malade, moins compromettante pour le chirurgien, c'est l'injection iodée : il est donc logique d'abandonner le vin et de faire choix de l'iode : tel fut le parti que je pris. L'occasion d'employer cette méthode ne tarda pas à se présenter : quatre cas d'hydrocèle s'offrirent successivement à moi ; j'ai eu recours à ce procédé, et la cure a été prompte, aisée, définitive. Je ne serais pas revenu ici sur ce sujet sans la discussion récente soutenue au sein de l'Académie de médecine ; je croyais, en effet, toute opportunité perdue ; il n'en est cependant pas ainsi. Quelques esprits nient l'évidence et s'obstinent à considérer les injections vineuses comme les seules parfaites. Je ne songe point à les convaincre du contraire, MM. Velpeau, Bérard jeune, Jobert (de Lamballe) et Laugier ont succombé à cette tâche. Voici ce qui m'a guidé : peu de praticiens, surtout en province, sont au courant des injections iodées ; le plus grand nombre méconnaît leurs avantages ou n'a que des préventions contre elles. Ce serait leur rendre service que de détruire leurs doutes, que de leur faire adopter cette importante médication.

Quand il s'agit de choses qui vont droit à la pratique, le moyen le plus sûr de persuader, c'est de laisser aux faits le soin de contrôler les assertions ; ainsi vais-je en agir.

Obs. 1re. Gentil Lamotte, âgé de dix-huit ans, laboureur chez M. David, au Rivallon (Saint-Emilion), jouissant d'une bonne santé, reçut, en travaillant, au mois d'avril 1842, sur la portion gauche du scrotum le contre-coup du manche d'une bêche. Il en résulta sur-le-champ une douleur violente, mais de courte durée, à laquelle succéda une tumeur qui, s'accroissant de jour en jour, offrit bientôt le volume d'un œuf d'oie. Vivement préoccupé de cette affection, qui ne s'opposait cependant pas à ses occupations, Lamothe

vint me consulter au mois de septembre suivant. Je reconnus sans peine, dans sa simplicité la plus grande, une hydrocèle du côté gauche. Je proposai la ponction palliative qui, acceptée, fut exécutée le 5 du même mois, donna issue à la sérosité citrine, et permit de constater par le palper que le testicule offrait un volume double de celui de son congénère. Un mois après, la tumeur avait repris ses premières dimensions; l'hydrocèle, bien transparente, se maintenait simple. Désireux d'obtenir une guérison définitive, Lamothe accepta la proposition que je lui fis de la cure radicale avec l'injection iodée, qui fut tentée le 31 octobre suivant. La ponction opérée dans le lieu d'élection avec le trocart, et l'évacuation de la sérosité terminée, je mélangeai instantanément *à froid*, et par agitation avec une baguette, dans un verre ordinaire, 16 grammes de teinture d'iode avec 120 grammes d'eau distillée. Je me hâtai, aussitôt après d'aspirer, avec une petite seringue d'étain, toute cette liqueur que je poussai sur-le-champ, par la canule du trocart, dans l'intérieur de la tunique vaginale où je la laissai séjourner cinq minutes, malgré les plaintes du malade, en ayant soin, pendant tout ce temps, de malaxer doucement la partie correspondante des bourses avec les doigts de la main droite, afin d'obliger la matière de l'injection à se bien mettre en contact avec tous les points de la membrane séreuse que, de règle, elle doit être loin de remplir en entier. Quand vint le moment d'évacuer le liquide, je retirai la canule du trocart dès que je reconnus qu'il en restait encore un bon tiers dans le sac vaginal.

Le malade fut laissé dans son lit; un coussinet fut établi entre les cuisses pour relever et soutenir les bourses, qu'aucune application médicamenteuse ne recouvrait. Nous prescrivîmes la diète et l'usage des boissons délayantes. J'ai parlé de plaintes; voici ce qui se passa : dès l'arrivée du liquide dans la cavité séreuse, une douleur déprimante surgit et s'irradia jusque vers le rein correspondant; la face pâlit et se couvrit de sueur; le pouls se ralentit, la défaillance devint imminente. La fin de l'opération mit terme à ces accidents, dont il ne restait plus trace un quart d'heure après. La nuit fut bonne; pas de fièvre; le scrotum, à peine douloureux, reprit le lendemain le volume qu'il offrait la veille avant la ponction. Deux soupes. Le 2 novembre l'inflammation est modérée, le pouls reste normal; augmentation de la nourriture. Le 3 et les jours suivants, trouvant peu de réaction dans la tumeur, je résolus de l'activer, et prescrivis à cet effet des compresses qui, trempées de deux en deux heures à chaud dans une solution de 8 grammes d'hydrochlorate d'ammoniaque pour 100 grammes d'eau simple, devaient, jusqu'à nouvel ordre, être exactement maintenues sur le scrotum.

Le 5, la tumeur a visiblement diminué; plus de diète; le sommeil est excellent. Le 12, la tumeur n'offre plus que la moitié de son volume primitif. J'ai permis au malade de se lever. Le 19, cessation de l'usage des compresses et de la solution de sel ammoniac. Tout liquide a disparu dans la tumeur, qui n'est plus composée que du testicule, doublé dans ses dimensions, mais ni déformé, ni douloureux. Je prescrivis, avec un suspensoir, la pommade d'iodure de plomb, et plus tard l'onguent napolitain en frictions sur le scrotum. Dès le 25, le travail fut repris dans les champs; six mois après, le testicule avait recouvré ses proportions normales; la guérison s'est maintenue parfaite.

Obs. II. Le 1er juin 1843, je fus invité à me rendre en consultation, avec M. le docteur Pigasse, médecin habituel de la maison, auprès de Barde,

bordier chez M. Lescure-Moutremblant, à Chante-l'Alouette (Saint-Emilion), à l'effet de donner notre avis sur ce qu'il convenait de faire pour débarrasser ce jeune homme d'une tumeur énorme des bourses qui, la veille, devant le conseil de révision de Libourne, l'avait fait exempter du service militaire. Cette tumeur, de forme sphéroïdale, approchait du volume d'une tête d'adulte; collée contre les pubis, elle descendait jusque vers la partie moyenne des cuisses. Rénitente et incompressible au palper, elle était recouverte d'une peau à teinte normale, mais si exactement tendue qu'on n'y pouvait signaler de rides. La verge, en apparence perdue dans cette masse, se révélait par une ouverture qui donnait passage à l'urine. La légèreté et la grande transparence de cette tumeur nous firent facilement reconnaître en elle une hydrocèle que nous crûmes d'abord double, tant ses dimensions étaient démesurées, et tant nous semblaient égaux les deux segments que le raphé du scrotum dessinait à sa surface. Nous n'avions cependant affaire qu'à une hydrocèle du côté droit. Les corps caverneux qu'on sentait, à travers les téguments, couchés sur la partie interne de la tumeur en fournirent bientôt la certitude. Cette infirmité faisait le désespoir de celui qui la portait. L'ampleur inusitée des pantalons étant devenue insuffisante, il fallut, pour la dissimuler, se résigner à se vêtir constamment d'une blouse. Depuis trois ans cet assujettissement durait, et il y en avait six que, sans cause connue, la maladie avait débuté. Ce n'est pas tout : divers mouvements étaient gênés; des coliques et des douleurs lombaires sévissaient par intervalles; il fallait ajourner tout projet de mariage. On le voit, il était devenu urgent d'user des ressources de l'art : nous nous décidâmes, en conséquence, à l'opération qui fut pratiquée le lendemain même. M. Pigasse exécuta la ponction qui donna issue à près de deux litres de sérosité pure. Loin de s'offrir avec leur état accoutumé, le testicule et l'épididyme avaient quatre fois leur volume ordinaire. Sans tenir compte de cette circonstance, j'aspirai promptement avec la seringue les 24 grammes de teinture d'iode que je venais d'unir à 120 grammes d'eau distillée, et je les poussai en entier dans le sac de l'hydrocèle, qu'on malaxa d'une main durant cinq minutes sans qu'aucune douleur locale ou sympathique fût accusée. La liqueur fut ensuite évacuée, en ayant soin toutefois d'en laisser environ le quart dans la cavité de la tunique vaginale. Nous disposâmes entre les cuisses le coussinet destiné à soutenir les bourses qu'on laissa libres de tout topique. Dans la crainte d'accidents, qu'il était sage de prévoir, nous fîmes observer une diète sévère; mais tout se passa bien. Le lendemain, le scrotum, très-tuméfié, était modérément chaud, rouge et douloureux; quelques bouillons furent permis. Le 5, usage d'aliments solides. Trouvant que les signes d'irritation baissaient dans la tumeur, nous la recouvrîmes ce jour-là de compresses trempées dans une solution aqueuse de sel ammoniac, selon la formule précédente, et de la même manière. Le 7, on observa le premier indice de retrait qui devint ensuite de jour en jour plus manifeste. Un mois après l'opération, l'usage des compresses fut supprimé, et nous pûmes nous assurer que le testicule et l'épididyme constituaient ce qui restait de la maladie; ces organes engorgés devaient seuls nous occuper désormais. Un suspensoir, les iodures de plomb et de potassium en pommade, quelques fondants à l'intérieur, leur furent opposés à tour de rôle avec tant d'à-propos, que quelques mois après l'engorgement se trouvait diminué des trois quarts, proportion que cette partie a persisté à conserver depuis. La guérison date de trois ans. Barde s'est marié. Il y a peu de jours

(12 mars), cet homme nous entretenait encore du bien-être que cette opération lui avait rendu.

Obs. III. M. Vicharette, âgé de vingt-deux ans, maître charpentier, habitant Saint-Emilion, lymphatique, portant sous les maxillaires des stigmates de l'affection strumeuse, fut, au mois d'août 1843, atteint d'une orchite aiguë du côté droit, orchite qui se révéla sans causes appréciables et contre laquelle il me fallut diriger la méthode antiphlogistique dans toute sa rigueur. Les symptômes inflammatoires se dissipèrent, mais ce qui persista, ce fut un engorgement assez considérable du testicule qui s'endolorissait, devenait lourd, déterminait des tiraillements jusque dans le flanc à la moindre tentative de travail ou de marche. Un an après, réveil de l'orchite aiguë qui céda derechef, en laissant encore après elle le testicule engorgé, pour sévir une troisième fois, à la suite de quelques excès de danse commis au carnaval suivant, mais dont la disparition devint cette fois le signal d'un épanchement séreux dans la tunique vaginale. Un mois après, la tumeur s'était transformée en une hydrocèle du volume du poing. La constitution s'était affaiblie, l'embonpoint et les forces avaient diminué, le découragement était au comble. Il devenait urgent d'intervenir; aussi prîmes-nous le parti de recourir à la cure radicale par les injections iodées. Le 22 juin 1844 fut le jour désigné. Au moment de la ponction, le malade jeta un cri : malgré mes précautions, la pointe du trocart venait d'effleurer le testicule que je savais très-engorgé. Le poinçon enlevé, il s'écoula par la canule un flot de sérosité sanguinolente. Cet accident ne devint point un obstacle : je mélangeai 16 grammes de teinture d'iode à 120 grammes d'eau distillée, que je poussai aisément avec la seringue dans la tunique vaginale où, sans que le malade accusât de douleur, je laissai le tout cinq minutes en malaxant les bourses comme d'habitude. Je donnai ensuite issue aux deux premiers tiers du liquide. Je maintins le scrotum soulevé avec l'appareil ordinaire. La nuit fut calme, sans fièvre; diète. Le lendemain, les bourses offraient un gonflement considérable. Le 24 et les jours suivants, je les fis recouvrir de compresses trempées dans la solution de sel ammoniac. L'appétit était pressant, je permis les aliments. Le 28, la diminution était sensible. Le 4 juillet, abandon des compresses; la tumeur n'était plus représentée que par le testicule engorgé que je soumis à des frictions de pommade d'iodure de plomb. Dans le courant de juillet, les forces rétablies permirent les travaux habituels. Dès l'hiver suivant, l'orchite chronique ne laissait plus de traces; la cure était complète.

Obs. IV. Trois espèces d'hydrocèle se rencontrent chez les enfants : l'une, dite congéniale; une seconde, dite du cordon; une troisième enfin, et c'est la plus commune, ressemble à celle des adultes. C'est une hydrocèle de cette dernière espèce que portait depuis plus d'un an, du côté gauche, Jean Scillat, âgé de six ans, et pour laquelle son père, bordier chez M. David, à La Barde (Saint-Christophe), me consulta au mois d'août 1843. Cette hydrocèle, du volume d'un œuf de poule, exactement circonscrite, transparente à l'excès, conservait ses limites et ne laissait remonter vers le ventre aucune portion de liquide, quelque pression qu'on exerçât sur elle. Plusieurs topiques furent longtemps, mais vainement, appliqués sur cette tumeur, dont je n'espérai bientôt plus la guérison qu'en recourant à la cure radicale que, du consentement de ses parents, je pratiquai le 11 novembre suivant, en injectant dans la tunique vaginale, une fois vidée à l'aide du trocart, 45 grammes

d'eau distillée, tenant en suspension 6 grammes de teinture d'iode que nous laissâmes séjourner cinq minutes, après lesquelles nous permîmes l'évacuation du liquide, sans toutefois l'exprimer en entier. Le testicule n'était altéré ni dans sa forme ni dans son volume. Le coussinet, destiné à soutenir les bourses, ayant été disposé entre les cuisses, nous abandonnâmes le malade, qui n'eut point de fièvre, quoique le lendemain le gonflement du scrotum fût trouvé considérable. Je prescrivis la diète. Du 15 au 25, je fis usage des compresses et de la solution de sel ammoniac. Dès le 17, la tumeur alla en déclinant progressivement. Peu à peu les aliments furent accordés. A dater des premiers jours de décembre, il était difficile de préciser quel côté des bourses l'hydrocèle avait occupé.

D'importantes considérations dérivent de ces faits : il nous reste à les signaler. Sur ces quatre cas d'hydrocèle, le testicule se trouve engorgé trois fois, c'est sur des adultes, à la suite de causes différentes. Bien que fréquente, cette complication est ordinairement plus rare. Boyer, qui n'employait que l'injection au vin, affirme que l'état sain du testicule est sans contredit une des circonstances les plus essentielles au succès de l'opération, quoiqu'un certain degré d'engorgement ne l'exclue cependant pas (*Mal. chir.*, tom. X, p. 227, 4e édition). Pour M. Velpeau il reste démontré au contraire que, quelque développé que soit cet engorgement simple, les injections iodées en constituent le meilleur des résolutifs, et qu'en les employant, on a la satisfaction de guérir à la fois l'une et l'autre affection. Nos trois observations confirment pleinement cette manière de voir; l'engorgement du testicule de Barde ne dépassait-il pas, je le demande, les proportions accoutumées? Ne perdons cependant pas de vue les pommades résolutives que nous avons plus tard invoquées et qui sans doute, elles aussi, revendiquent une part d'influence. Ce n'est pas tout : Boyer enseigne (*loc. cit.*, p. 228) que le vin hâte la dégénérescence du testicule quand on s'en sert en injection dans l'hydro-sarcocèle. Loin de là, M. Velpeau, M. Jobert (de Lamballe), M. Pasquier, fils, etc., assurent que sous l'influence des injections iodées ils ont vu dans cette même affection l'état du testicule se modifier puissamment, outre que l'hydrocèle était déjà guérie. M. Velpeau pense qu'il n'y a guère que les gonflements syphilitiques, cancéreux ou tuberculeux très-avancés qui leur résistent. Des testicules en fonte tuberculeuse, ulcérée, accompagnée d'hydrocèle, ont cédé dans son service à ce genre de médication au vu et au su de tout le monde (séance du 20 janvier 1846 de l'Ac. de méd.). Ne devrait-on pas tenir compte de cette prérogative dans le parallèle que l'on persiste à établir entre l'injection iodée et l'injection vineuse?

Nous terminerons cet exposé comparatif dans une prochaine livraison.

Dr G.-V. LAFARGUE,
de Saint-Emilion.

SUR LES GRANULATIONS ET L'ÉTROITESSE DE LA CAVITÉ DU COL DE L'UTÉRUS ET DES MOYENS QU'ON PEUT OPPOSER A CE GENRE D'AFFECTIONS.

Depuis plusieurs années déjà, M. Velpeau a signalé dans ses leçons, à l'hôpital de la Charité, un état du col utérin qui ne paraît pas avoir fixé suffisamment l'attention des praticiens. Ce chirurgien a remarqué que l'état granuleux du col de l'utérus, généralement bien étudié dans la portion libre ou vaginale de l'organe, est presque constamment négligé dans la cavité même du col. Aussi arrive-t-il fréquemment qu'après avoir traité convenablement d'ailleurs, et souvent même guéri les maladies du museau de tanche, on voit quelques-uns des accidents qui tourmentaient d'abord les femmes se maintenir, continuer, et dans quelques cas même s'aggraver.

Ceci tient, selon M. Velpeau, à ce que l'état granuleux ou exulcéreux que le spéculum avait permis de constater sur les lèvres du col où on l'a éteint, existait aussi à l'intérieur de l'organe où il se maintient. On conçoit, en effet, que si les médicaments dont on se sert pour modifier cette maladie ne sont portés que sur la portion vaginale du mal, les accidents n'en continueront pas moins, entretenus qu'ils seront par la partie granulée qui ne se voyait pas et qui se trouvait cachée dans la cavité du même organe.

A cette particularité, il convient d'en ajouter une autre qui paraît plus neuve, à savoir, que la portion du col utérin, connue et décrite sous le nom d'orifice interne, c'est-à-dire, l'espèce d'isthme qui fait communiquer la cavité de l'utérus avec la cavité du col, est susceptible de certains rétrécissements; il y aurait là, selon M. Velpeau, quelque chose d'analogue aux coarctations de l'urètre. *A priori* un pareil état semble assez naturel; le tissu de l'utérus est si dur naturellement, si épais, si dense, l'orifice dont nous parlons est si peu large, que hors l'état de grossesse, on serait plutôt surpris de l'impossibilité que de la réalité du rétrécissement maladif d'un pareil orifice. M. Velpeau admet donc que l'orifice interne du col de l'utérus peut être rendu trop étroit, soit par des granulations, soit par un peu d'épaississement de la surface muqueuse, soit par resserrement du tissu propre de l'organe, soit de toute autre façon. Il admet ensuite que ce rétrécissement peut être cause de deux ordres d'accidents. Peut-être, dit ce chirurgien, la stérilité de certaines femmes dépend-elle d'une étroitesse trop grande de l'orifice interne du col utérin; peut-être, d'un autre côté, est-ce à cette étroitesse qu'il faut attribuer l'état douloureux où se trouvent quelques femmes pendant la menstruation; les coliques qu'elles éprou-

vent au moment où le liquide menstruel vient à passer de l'utérus dans le vagin. Il croit encore que cette étroitesse rendant plus difficile l'expulsion au dehors des glaires, des mucosités que sécrète l'intérieur de l'utérus, ce rétrécissement amène des rétentions qui doivent être cause d'un certain nombre de maladies, servir de point de départ à des accidents dont on cherche souvent sans succès l'origine ou la source.

Toujours est-il que M. Velpeau attaque depuis assez longtemps déjà ces deux états particuliers, les granulations de l'intérieur du col et le rétrécissement de l'orifice supérieur de cette cavité, par des médications assez énergiques.

Granulations de l'intérieur du col. Pour lui, le meilleur traitement des granulations de l'intérieur du col, c'est la cautérisation avec le nitrate acide de mercure. Ce moyen n'a rien de nouveau, sans doute, puisqu'il est généralement mis en usage pour le même état morbide sur la portion libre du col depuis près d'un demi-siècle; mais M. Velpeau l'emploie pour les granulations de l'intérieur du col avec une hardiesse et une constance de résultats satisfaisants qu'il nous paraît bon de faire connaître. Il n'envisage pas d'ailleurs la cautérisation en pareil cas tout à fait de la même manière que ses devanciers; ainsi, il ne cautérise pas indéfiniment jusqu'à ce que rien n'apparaisse dans l'organe malade; trois, quatre, cinq ou six cautérisations au plus lui suffisent; il fait même remarquer que si on attendait pour ne plus cautériser que l'état exulcéreux eût disparu, ce serait à n'en jamais finir, puisque le caustique, lui-même, provoque cet état et l'augmente. Le caustique, en pareil cas, a pour but, non pas de cicatriser les érosions, comme beaucoup de personnes semblent le croire par inadvertance, mais bien de modifier les surfaces, de mettre à la place d'un état granuleux, qui ne se cicatrise pas, une plaie superficielle qui se cicatrise ensuite avec beaucoup de promptitude et presque constamment. M. Velpeau cautérise d'après ce principe une fois tous les huit jours pendant un mois ou six semaines. Pour cela, il se sert d'un petit pinceau de charpie fixé au bout d'une tige longue et mince de bois; ce pinceau doit être assez dur et courbé; on l'imbibe modérément du caustique, puis, à l'aide du spéculum, on l'introduit dans le col jusqu'à 1, 2 et 3 centimètres de profondeur; un peu d'eau est aussitôt injectée jusqu'au fond du spéculum pour absorber les parcelles de caustique qui pourraient agir sur les tissus voisins; un bain entier est donné une heure ou deux après; la femme reste tranquille ce jour-là, et dès le lendemain elle peut reprendre avec ménagement ses habitudes de la vie ordinaire. On recommence au bout de huit jours, et ainsi de suite jusqu'à la fin. Des injections émollientes d'abord, détersives ou astringentes ensuite, doivent être associées à ce

genre de traitement. Il suffit, la dernière cautérisation étant opérée, de continuer les injections vinaigrées ou aluminées pendant quinze jours ou trois semaines pour que toutes les surfaces touchées se cicatrisent et se trouvent guéries. M. Velpeau n'a pas trouvé, jusqu'à présent, de cas rebelle à ce traitement en dehors des affections organiques cancéreuses ou autres des ulcérations scrobutiques, du boursouflement du col en dehors, enfin de l'état granuleux ou exulcéreux simple de l'utérus, c'est-à-dire en dehors de ce qui constitue sans contredit les neuf dixièmes des maladies du col de l'utérus dont on s'occupe généralement dans la pratique. C'est d'ailleurs là un sujet qui aurait besoin d'être traité longuement et sur lequel nous reviendrons quand l'occasion s'en présentera.

Rétrécissements. Voici ce que M. Velpeau a imaginé contre le rétrécissement du col de l'utérus : il commence par introduire jusque dans la matrice une petite sonde armée de son mandrin ; quelques jours plus tard il emploie une sonde un peu plus forte, et ainsi de suite jusqu'à ce que le passage soit convenablement dilaté et devienne libre. Cette sonde lui sert d'ailleurs à faire des injections soit émollientes, soit détersives, soit médicamenteuses dans l'intérieur de l'utérus dont il lave et nettoie ainsi la cavité. Cela fait, s'il soupçonne quelque maladie, il porte le caustique jusque dans cet orifice coarcté, absolument comme pour les granulations dont nous venons de parler. Il s'agit en un mot, dans ces cas, d'appliquer à l'orifice interne du col de l'utérus les différentes méthodes thérapeutiques employées depuis si longtemps contre les rétrécissements de l'urètre. Il est de fait qu'à la Charité ces méthodes ont semblé produire des résultats très-avantageux chez beaucoup de femmes, et qu'il paraît y avoir là, dans ce point de pratique, quelque chose qui mérite de fixer l'attention et d'être soigneusement étudié. Nous y reviendrons et nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce qui concerne cette question.

CHIMIE ET PHARMACIE.

UN MOT SUR LE SIROP D'ÉCORCE D'ORME PYRAMIDAL.

M. Devergie a préconisé de nouveau dans le ***Bulletin*** l'emploi de la seconde écorce d'orme pyramidal (1). Il l'applique au traitement des

(1) Voyez *Bulletin de Thérapeutique*, tome XXVIII, page 176.—M. Soubeiran, dans cette note que nous trouvons sur ce sujet dans le *Journal de Pharmacie* et que nous publions, dit qu'il n'y a pas de variété d'orme distinguée sous le nom d'orme pyramidal, et que l'écorce que l'on emploie est celle de l'orme ordinaire.

maladies de la peau sécrétantes, et principalement à celles qui sont liées au tempérament lymphatique. C'est dans *l'eczema impetiginodes* et *l'impetigo* qu'il a essayé cet agent, principalement dans la forme chronique des affections, et surtout lorsqu'elles envahissent une grande surface du corps et qu'elles y sont accompagnées d'empâtement de la peau, ainsi qu'on l'observe chez les sujets scrofuleux.

Quelques essais tentés par M. Crosnier ont démontré que l'écorce d'orme contient beaucoup de tannin et une portion notable de principe mucilagineux amilacé ; car sa décoction agit sur les sels de fer avec une énergie presque aussi grande que celle du ratanhia et de l'écorce de chêne. Il est en outre assez mucilagineux pour constituer, même à la dose de 30 grammes par litre, une tisane peu agréable à l'œil. Ces circonstances ont déterminé M. Devergie à employer l'écorce d'orme pyramidal sous forme de sirop. Voici le procédé qui a été adopté par M. Crosnier, pour se débarrasser de la matière mucilagineuse.

On fait macérer l'écorce pendant vingt-quatre heures dans 4 litres d'alcool à 21° (56°) 1 kilogramme, d'écorce d'orme coupée menu. On passe avec expression. On lave, à l'aide de 1 litre 1/2 d'eau, l'écorce déjà traitée par l'alcool, et l'on met de côté cette eau de lavage. On distille le liquide alcoolique pour extraire le plus possible d'alcool. On filtre le résidu de la distillation, après l'avoir mélangé avec l'eau de lavage mise à part ; on additionne d'une quantité de sucre suffisante pour faire un sirop ainsi composé :

Sirop simple..........................	1000
Ecorce d'orme pyramidal................	125

Dans beaucoup de cas, M. Devergie s'est contenté de prescrire la décoction de la plante, à laquelle il a fait ajouter du sucre, et qu'il a fait évaporer en consistance sirupeuse. Mais ainsi préparé le sirop est brun, épais et plus susceptible de fermenter.

Je pense qu'il y aurait avantage de préparer à l'avance l'extrait hydroalcoolique d'écorce d'orme, à le dissoudre, à filtrer la dissolution, à l'ajouter au sirop de sucre, et à faire jeter quelques bouillons pour ramener le sirop à sa consistance première.

L'écorce d'orme pyramidal m'a donné par l'écorce à 21° 22,5 pour 100 d'extrait. La formule devient alors celle-ci :

Extrait hydroalcoolique d'écorce d'orme pyramydal.	3 grammes.
Sirop de sucre............................	100
F. S. A.	

10 grammes de sirop contiennent 30 centigrammes d'extrait et correspondent à 1 gramme 40 centigrammes d'écorce.

On commence l'emploi du sirop par deux cuillerées à bouche, une le matin, une le soir. On augmente tous les deux jours d'une cuillerée, de manière à arriver à six cuillerées par jour. On prend le sirop pur.

AVANTAGES DU BICARBONATE DE CHAUX DANS LES EAUX POTABLES, ET RÉACTIF POUR LES RECONNAITRE. — INCONVÉNIENTS DES AUTRES SELS CALCAIRES

Il existe plusieurs sels calcaires en solution dans les eaux ordinaires ou potables. M. Boussingault a lu dernièrement, à l'Académie des sciences, un Mémoire dont la conclusion est que les sels calcaires contenus dans la plupart des eaux potables doivent être considérés comme des substances très-utiles, sinon absolument nécessaires, parce qu'ils fournissent à l'organisme, particulièrement pour le travail de l'ossification, une grande partie de la chaux qui lui est nécessaire. M. Alph. Dupasquier, de Lyon, avait déjà établi ce fait important dans son excellent traité *des eaux de source et des eaux de rivière*, publié en 1839; mais il a étudié plus complétement la question que M. Boussingault; il a établi, par des expériences directes et comparatives, que si tous les sels calcaires solubles, sulfate de chaux, chlorure de calcium, sont susceptibles de satisfaire aux besoins de l'ossification, tous, à l'exception du bicarbonate de chaux, rendent les eaux séléniteuses, leur communiquent la propriété d'être lourdes à l'estomac, de décomposer le savon et de durcir les légumes à la cuisson.

Le bicarbonate de chaux, au contraire, est éminemment utile ; car, ainsi que M. Dupasquier la démontré le premier, tout en présentant à l'organisme la matière calcaire qui lui est indispensable, il ne rend pas les eaux séléniteuses, il favorise le travail de la digestion à la manière du bicarbonate de soude.

L'importance et l'utilité spéciale du bicarbonate de chaux dans les eaux a porté M. Dupasquier à rechercher un moyen de reconnaître la présence de ce sel indépendamment des autres sels calcaires : ce moyen, il l'a rencontré dans la *teinture alcoolique de bois de Campêche* qui constitue un réactif des plus sensibles pour reconnaître dans les eaux les moindres traces de bicarbonate de chaux.

Cette teinture peut être préparée, soit à froid, soit à chaud, avec du bois de Campêche ou bois d'Inde *récemment coupé* et présentant une *nuance jaunâtre*. Quand ce bois est *d'un rouge foncé*, il a été altéré par l'air ou par l'humidité, et n'est plus propre à fournir un bon réactif. L'alcool doit être assez chargé de matière colorante pour présenter une nuance brunâtre foncée.

On emploie ce réactif en en versant 3 ou 4 gouttes dans une verrée d'eau; si l'eau contient la moindre trace de bicarbonate de chaux, elle prend une *belle couleur violette*. La nuance est d'autant plus foncée que la proportion du bicarbonate est plus considérable. Dans l'eau distillée, soit pure, soit additionnée d'une solution d'un sel calcaire autre que le bicarbonate, le réactif ne communique qu'une *faible couleur jaune*. Le même effet a lieu si l'on essaye de l'eau qui contenait du bicarbonate de chaux, mais qu'on a fait bouillir assez longtemps pour précipiter ce sel d'une manière complète. On obtient encore le même résultat en saturant le bicarbonate de chaux par quelques gouttes d'un acide quelconque. Le bicarbonate de chaux, en effet, agit seul sur la matière colorante (l'hématine), à la manière des alcalis.

SUBSTITUTION DE LA RHUBARBE INDIGÈNE A LA RHUBARBE EXOTIQUE.

M. Chevallier signale une culture nouvelle qui s'est introduite dans la banlieue de Paris : c'est celle de la rhubarbe. Nous avons vu nous-même de vastes champs de cette plante au village de Clamart qu'il indique, et des quantités considérables de la racine sécher au soleil devant les portes des exploitateurs. M. Chevallier prévient les pharmaciens que cette rhubarbe est vendue comme exotique. Une partie est expédiée en nature en province, l'autre est réduite en poudre et mêlée à de la poudre de rhubarbe de Chine. Il a constaté que la poudre de rhubarbe de Clamart, vendue comme exotique chez un herboriste de Paris, n'avait ni odeur ni saveur.

SOPHISTICATION DU SIROP DE VIOLETTES.

M. Alphonse Giraud a observé une sophistication, très-ancienne en Provence, du sirop de violettes, qui n'a pas été signalée : c'est l'emploi de l'iris germanica seul et aromatisé avec la poudre d'iris de Florence pour faire de faux sirop de violettes; ou mieux l'iris germanica et 1/5 de violettes pour foncer la couleur à peu de frais et modifier le goût peu agréable donné au sirop par l'iris colorant.

M. Giraud a observé que le sirop d'iris avait une sensibilité au moins égale à celle du sirop de violettes, comme réactif des alcalis.

BIBLIOGRAPHIE.

Des abus de la cautérisation et de la réaction du col dans les maladies de la matrice; par F. L. Pichard, médecin de la Faculté de médecine de Paris, etc.

Ce Mémoire n'est que le début d'une série de publications que se propose de faire M. le docteur Pichard sur les maladies des femmes. Nous n'hésitons pas, d'après le spécimen que nous avons sous les yeux, à appeler l'attention du public médical sur les travaux de cet auteur intelligent et consciencieux.

Bien que la question particulière qu'aborde dans ce premier Mémoire M. Pichard, ait cessé d'être l'objet de cette polémique ardente dont nous nous souvenons tous, et que la pratique, sérieusement interrogée, ait fait justice des exagérations dans lesquelles on est d'abord tombé sur ce point, il n'en est pas moins vrai, cependant, que cette discussion n'est point encore complétement épuisée. Ce n'est donc point, tant s'en faut, une œuvre inutile que celle qui a pour but de remettre cette question à l'ordre du jour, et de juger la méthode thérapeutique importante, grave, qui se trouve impliquée dans cette question.

Les conclusions auxquelles s'arrête M. Pichard sont simples et nettement formulées, il condamne d'une manière absolue la cautérisation et l'amputation du col dans les maladies de la matrice.

Nous n'oserions décider si cette conclusion doit être admise d'une manière aussi absolue; mais ce dont nous sommes convaincu, c'est que les faits sur lesquels elle repose sont des faits considérables, et dignes de fixer l'attention des médecins consciencieux.

Ces faits se divisent en diverses séries : il en est un grand nombre dans lesquels le rejet de cette méthode violente ne peut faire un doute, ce seront ceux dans lesquels l'ulcération du col de la matrice se lie à l'action de causes mécaniques, réelles, telles que la disproportion des organes sexuels dans l'acte conjugal, l'abus de ces rapports, ou des jouissances solitaires, la pression d'un pessaire, etc. Il est évident que recourir à la cautérisation dans ces cas, c'est abuser de l'art, ce n'est pas faire de l'art. Il en est de même encore des elcoses utérines qui doivent être rapportées à l'action de quelques causes spécifiques, telles que le virus vénérien, la diathèse dartreuse, scrofuleuse, etc. ; dans ces cas encore le traitement local doit être en grande partie hygiénique ; c'est à modifier la constitution dans son ensemble que doit s'attacher le médecin judicieux, pour combattre un traumatisme qui n'est que l'expression locale d'une maladie générale.

Mais si la question, restreinte à ces cas, doit incontestablement recevoir cette solution, en est-il de même lorsque la maladie est de nature cancéreuse? Oui, répond sans hésiter M. Pichard.

Voici, du reste, les conclusions de l'auteur telles qu'il les a lui-même établies : 1° de tous les moyens employés contre les ulcérations de la matrice, la cautérisation est un des moins rationnels; ce que le raisonnement fait pressentir à cet égard, l'expérience le confirme; car si, d'un côté, il est possible de démontrer que la plupart des guérisons attribuées à l'emploi des caustiques ne leur sont point imputables, puisque des cas absolument semblables guérissent sans leur emploi; d'un autre côté aussi on peut admettre que les cas qui, soignés par les caustiques, ont eu une terminaison fatale, peuvent bien leur être attribués, puisque des malades, placés dans des circonstances identiques, et même plus défavorables, ont guéri par des moyens ordinaires; 2° l'amputation du col de l'utérus, proposée comme moyen extrême dans les cas d'altération organique, est une opération hasardeuse, tant sous le rapport des accidents inhérents à l'opération elle-même, que sous celui de la récidive de la maladie pour laquelle on la pratique; car si d'une part on coupe trop, on court les accidents; d'une autre part, si on ne coupe pas assez, on court risque de ne pas enlever tout ce qui est attaqué.

On le voit, ces conclusions sont nettement formulées. Du reste, c'est dans le livre même, livre composé au point de vue exclusif de la pratique, et par un homme d'un esprit judicieux, qu'il faut lire cette intéressante discussion qui, lors même qu'elle ne convaincrait pas, conduirait au moins à cette prudence, à cette circonspection qui est la sagesse de l'art.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DE L'EMPLOI D'UN NOUVEAU MOYEN TRÈS-SIMPLE ET TRÈS-EFFICACE A EMPLOYER CONTRE LES FIÈVRES INTERMITTENTES REBELLES ET NON REBELLES AU SULFATE DE QUININE.

Je viens soumettre au jugement et à l'expérience de mes confrères praticiens un nouveau moyen thérapeutique; je le fais avec d'autant plus de confiance, qu'il a pour lui le contrôle de la pratique. Il est, en effet, depuis bientôt trois ans, journellement employé par moi dans notre ville et aux environs où les fièvres intermittentes sont très-communes. Je me suis attaché pendant tout ce temps d'épreuve à employer le li-

niment suivant sous les diverses formes que des expériences aussi multipliées ne pouvaient manquer de me suggérer ; et ce n'est qu'après un plein succès par l'usage de cette formule et son mode d'administration, que je me suis décidé enfin, à l'approche du printemps où les fièvres sous divers types intermittents sont très-fréquentes, à transmettre à mes confrères, l'indication de ce puissant moyen antipériodique, en faveur duquel j'ai à offrir le témoignage de plus de trois cents fiévreux guéris par cette nouvelle méthode. On a, du reste, un excellent moyen de s'assurer de sa valeur : l'expérimentation clinique. — Voici le liniment tel que je l'emploie présentement :

Pr. Huile essentielle de térébenthine. . . 125 gram.
Laud. de Rousseau. . . . . 4 gram.

Mêlez et faites un liniment.

Pour être employé en frictions sur la colonne vertébrale, matin et soir pendant l'apyrexie ; — environ deux cuillerées à bouche, chaque fois. — Il est inutile de dire que cette dose n'est pas invariable, qu'elle doit être subordonnée à l'âge et à la constitution du sujet.

Il n'est pas sans importance que l'une des frictions soit faite une ou deux heures environ avant le paroxysme ; et, pour que la guérison soit radicale et durable, il est utile de prescrire au malade de se faire frictionner une ou deux fois encore après la disparition complète des symptômes fébriles, et surtout lorsque la fièvre, antérieurement à cette médication, a résisté aux fébrifuges ordinaires.

Il faut recommander encore au malade de se faire frictionner plus ou moins légèrement suivant la finesse de la peau, et mieux encore tamponner avec un linge imbibé du liniment ; autrement il surviendrait, peut-être, de la rubéfaction.

Il est indispensable d'augmenter graduellement les doses du médicament ; car, sans cette précaution, l'habitude, qui a pour effet d'affaiblir progressivement l'action des remèdes, ne tarderait pas à paralyser son influence médicatrice.

Je dois faire observer que, quel que soit, d'ailleurs, le type intermittent, quotidien, tierce, quarte, etc., sous lequel la fièvre se présente, si elle ne disparaît pas toujours subitement sous l'influence de ce traitement, comme avec les sels de quinine, on voit toujours les symptômes diminuer sensiblement d'intensité, de durée, s'éloigner, puis disparaître entièrement. J'ai souvent remarqué qu'une ou deux frictions suffisaient dans les fièvres intermittentes paludéennes bien caractérisées dont l'invasion ne datait que de quelques jours.

Cette médication est encore puissante et peut rendre de grands services dans certaines affections de l'estomac où l'éréthisme ne peut lui

permettre de supporter le sulfate de quinine ou tout autre antifébrile, qu'il y en ait eu ou non abus. Il arrive quelquefois encore qu'une irritation bien caractérisée du gros intestin empêche ou dérange l'action des lavements médicamenteux. Enfin, cette médication produit surtout d'excellents effets chez les enfants qui se refusent à l'ingestion de tout médicament, même aux lavements, et qui, lorsqu'on parvient à les administrer, les rejettent de suite : dès lors, le remède échoue, n'ayant pas séjourné le temps nécessaire pour produire son effet et détruire les accès fébriles.

Ce liniment m'a été encore d'un grand secours dans les pneumonies et pleuro-pneumonies intermittentes, non-seulement comme un précieux antipériodique, mais encore comme excellent révulsif cutané. Dans les fièvres remittentes, cet agent thérapeutique a également réussi ; mais l'expérience a été rarement répétée, ces sortes de fièvres étant peu communes dans nos contrées.

Je ne donne pas le conseil d'employer ce moyen seul dans les fièvres intermittentes pernicieuses, car dans ces affections il faut administrer un médicament énergique, à cause de la promptitude avec laquelle elles foudroient les malades ; mais on peut néanmoins employer ce liniment concurremment avec le quinquina ou le sulfate de quinine.

Je ne suis pas le seul maintenant à employer ce genre de traitement ; je l'ai fait connaître à plusieurs de mes confrères, et entre autres à M. Sciard, médecin à Conteville, bourg placé sur le bord de la mer, et voisin d'un vaste marais où les fièvres intermittentes sévissent pendant au moins neuf mois de l'année. Il l'emploie journellement et obtient des succès constants, et spécialement dans les cas où le sulfate de quinine a échoué. Ce traitement, qui ne présente par son usage aucun inconvénient, devrait être préconisé et popularisé, surtout dans la classe pauvre qui se refuse à toute médication, tant à cause du prix élevé du sel de quinquina que de l'incertitude du succès.

Je ne dois pas omettre de mentionner ici que dans les contrées littorales de la Normandie où il existe de vastes marais fertiles en affections à type régulièrement périodique, ces affections disparaissent presque toujours par le traitement avec les sels de quinine, mais se reproduisent bientôt après pour suivre leur période régulière ; aussi font-elles le désespoir des médecins et des malades dans certaines contrées de la France, comme on a pu s'en convaincre en l'année 1844, pendant laquelle elles ont été assez généralement réfractaires à toute substance fébrifuge. Avec le liniment dont j'ai donné la formule et que l'on continue pendant quelques jours, la fièvre disparaît pour ne plus revenir de

l'année ; j'ai même remarqué chez quelques ex-fiévreux, qui avaient employé cet agent, le non-retour de la fièvre intermittente l'année suivante. Que l'on ait objecté des inconvénients des dangers à l'emploi des préparations arsenicales, cela peut être ; mais il n'y a rien à dire de pareil pour cette méthode. Je ne puis résister au désir de vous citer, entre autres, les noms de quatre personnes qui, atteintes de fièvre intermittente pendant des mois entiers presque sans interruption, et traitées au moyen d'un grand nombre de substances antifébriles, sans pouvoir obtenir plus qu'une guérison momentanée, ne sont complétement revenues à la santé que par l'application de notre méthode iatraleptique. Ce sont : 1° Mme Baillemond, atteinte d'une fièvre intermittente tierce pendant seize mois, à la suite de couches ; menstruation nulle pendant tout ce laps de temps. Les lochies coulèrent pendant six semaines : traitement par le sulfate de quinine sous diverses formes, puis par l'acide arsénieux ; les emménagogues ont été employés par son médecin ordinaire sans obtenir le retour des menstrues; pas de succès : enfin, traitée par l'usage des frictions pendant une dizaine de jours, guérison complète.

2° Mme Lesens, atteinte depuis quatre ans, pendant six mois de chaque année, d'une fièvre intermittente quotidienne avec dysménorrhée ; traitement rationnel et empirique : pas d'amélioration. Cette affection périodique a été enrayée cette année par le liniment qui a exercé véritablement une action spécifique.

3° et 4° MM. Chambrier fils et Adolphe Bertin, employé chez M. Nepveu, l'un âgé de quatorze ans, l'autre de trente ans. Ils étaient depuis sept et neuf mois atteints d'une fièvre intermittente quotidienne contre laquelle tous les traitements possibles appropriés à la circonstance avaient échoué. Fatigués de l'administration de tant de médicaments, ils vinrent, conseillés par quelques-uns de leurs amis, me prier de les traiter. Leur état était voisin du marasme. Le liniment en question fut employé en frictions sur le rachis pendant six à huit jours : disparition complète de tous les symptômes fébriles ; leur santé se rétablit entièrement, et ils recouvrèrent leurs forces comme par le passé. Trois ans se sont bientôt écoulés depuis leur traitement, et la fièvre n'a pas reparu.

Cette méthode thérapeutique est si simple, son utilité si bien démontrée à toutes les personnes qui l'ont vu employer, qu'elles n'hésitent pas à lui donner la préférence sur les pilules de sulfate de quinine dont l'ingestion leur répugne.

C'est un appel que je fais à mes confrères; je les engage à contrôler par leur propre expérience, ce juge infaillible, les succès que j'annonce avoir obtenus dans la voie nouvelle où je me suis engagé. C'est

surtout quand il s'agit de fièvres intermittentes bien caractérisées et habituellement réfractaires au sulfate de quinine ou à tout autre fébrifuge, que cet agent thérapeutique, je le répète, peut rendre de grands services.

Elie Bellencontre, D. M. P.
à Pont-Audemer (Eure).

SUR L'EMPLOI DES GROSSES SONDES DE MAYOR POUR L'EXTRACTION DES GRAVIERS DE LA VESSIE.

Depuis quelques années on s'occupe d'une manière spéciale des affections du système urinaire, des rétrécissements du canal de l'utrètre, de la gravelle, de la pierre, etc. On peut dire, avec la plus grande satisfaction, que cette branche de l'art est une des plus avancées, des plus perfectionnées sous le point de vue thérapeutique et instrumental.

Quant aux rétrécissements de l'urètre, Mathias Mayor préconisait la supériorité de sa sonde, reprochant aux sondes ordinaires l'inconvénient de faire de fausses routes, de déchirer le canal par leur trop petit calibre et par la disposition des yeux qui se trouvent sur les côtés de leur bec peu arrondi; les parois de ce canal embrassant à cet endroit l'instrument d'une manière trop étroite, lors de son introduction.

Il proposa donc des sondes plus grosses, n'offrant qu'une ouverture à la partie concave et supérieure, ayant le soin de faire remplir jusqu'au niveau de cette même ouverture le cul-de-sac qu'on ne pouvait jamais bien nettoyer.

Je compris les avantages de ces sondes, j'en fis confectionner sur ce modèle; j'en fis même fabriquer une qui n'a d'autre ouverture que quatre petites fentes longitudinales presque imperceptibles vers son bec, une à chaque paroi antéro-postérieure et latérale, dont je fais quelquefois usage pour des injections dans la vessie, afin qu'aucun corps solide ne s'y introduise.

La sonde de Mayor était destinée à rendre de plus grands services encore, et elle doit figurer dans le précieux arsenal dont nous avons été dotés par les Civiale, les Heurteloup, les Amussat, les Leroi-d'Étiolles, et autres bienfaiteurs de l'humanité souffrante. Elle sert bien heureusement, comme on le verra par les deux observations suivantes, les seules qui soient venues à ma connaissance et qui me sont propres, à l'extraction de nombreux et souvent volumineux graviers de la vessie, sans autre opération.

Obs. Ire. Je fus appelé en décembre 1844 auprès de M. G..., âgé de soixante-cinq ans, pour une douleur assez intense qu'il éprouvait au rein gauche et

à la région de la vessie, principalement au gland. En 1840 il avait éprouvé une rétention d'urine qui nécessita l'emploi de la sonde pendant deux fois, quelques saignées générales et locales, des bains, etc. Depuis cette époque et même avant, M. G... urinait souvent et peu à la fois, surtout au lit; impossible de lui faire suivre un régime convenable. Comme son père avait succombé à une affection calculeuse à l'âge de soixante-dix-sept ans, je présumais la présence de quelque calcul dans les reins et dans la vessie. Je voulus le sonder, mais il s'y opposa. Son état s'aggrava dans les mois qui suivirent, et bientôt apparurent des symptômes d'une lésion grave des organes sécréteurs et excréteurs de l'urine. Le pronostic ne pouvait être que fâcheux; je demandai une consultation, et on m'adjoignit M. le docteur Dehues.

Le 19 août, le malade se laissa sonder. Je me servis d'une sonde de Mayor, en argent, du n° 1. La prostate était fort volumineuse et fort sensible. Je retirai une grande quantité d'un mélange d'urine, de pus et de quelques *détritus* de membranes muqueuses de la vessie ou des reins. Je touchai quelques corps étrangers et, en retirant la sonde, je trouvai engagé dans son œil un gravier de forme arrondie et d'une couleur jaunâtre. Le lendemain et les jours suivants j'en *retirai en tout une douzaine*. Plus tard, un autre allait s'engager dans cette ouverture, mais il s'échappait lorsque je voulais surmonter une certaine résistance que je rencontrais vers le sphincter de la vessie. Je pris alors une sonde métallique de Mayor, n° 3; j'agrandis l'ouverture avec la pointe d'un canif et je parvins à extraire ce calcul plus gros que les autres, ayant la forme d'un grain d'orge, ses extrémités très-aiguës et son milieu raboteux, d'une couleur grisâtre. A dater de ce moment l'émission des urines fut moins douloureuse et le malade ne poussa plus de cris en les rendant. Comme il n'observait aucun régime, il alla de mal en pis: plus d'appétit, plus de nutrition. Au premier jour d'octobre il succomba à une désorganisation purulente de tout l'appareil urinaire, ce qui fut confirmé par l'autopsie.

Obs. II. Le 6 octobre 1845, je fus appelé au château de L..., auprès de M. de X... qui s'y trouvait en visite depuis la veille. Il souffrait d'une rétention d'urine, de coliques avec vomissements. La vessie était distendue jusqu'à l'ombilic. Ma sonde à injection pénétra jusque dans la vessie avec assez de facilité et sans occasionner beaucoup de douleur. Il s'écoula beaucoup d'urine; il s'ensuivit un soulagement marqué, accompagné d'un sommeil profond. Dans la soirée du même jour, il fallut recourir de nouveau à la sonde, et je pus m'assurer de la présence de graviers dans la vessie.

Éclairé par cette découverte, je me servis le lendemain matin de la sonde de Mayor, en argent, n° 1. *Je retirai* 11 *graviers, à midi* 13, *et le soir* 54. Leur couleur était d'un jaune foncé, leur surface lisse et polie, leur forme très-arrondie, et leur grosseur variait entre celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un petit pois.

Je fus tout étonné et du nombre de ces graviers et de la facilité avec laquelle ils passaient par la sonde. Les plus petits tombaient dans le vase qui recevait l'urine, les plus gros restaient engagés à l'ouverture qui se trouvait au bec de la sonde. En retirant cette dernière, j'avais le soin de boucher hermétiquement son pavillon avec mon pouce, sans quoi la pesanteur de l'urine qui s'y trouvait et celle de l'air extérieur auraient poussé hors de la sonde les graviers qui s'y étaient engagés. Le 8 octobre, *j'en retirai* 20 *graviers*, le 9 et le 10, mon confrère Dehues, qui me remplaçait, *une trentaine*.

J'avais prescrit du bicarbonate de soude à la dose d'un gramme dans deux verres d'eau, à prendre le matin à jeun ; dans le courant de la journée beaucoup de tisane de chiendent et de graine de lin ; des bains, des lavements et un régime approprié.

J'appris à M. de X... à se sonder lui-même ; pour qu'il ne fît pas de fausse route, je lui donnai la sonde métallique de Mayor, nº 3. Du 11 au 15 octobre, *il retira* 55 *graviers*, et le 16, 28. Ce jour-là, M. de X... se sondait lui-même. Dans la nuit, il retira un gravier fort gros ; il eut beaucoup de peine à lui faire franchir le méat urinaire qui était fort étroit ; aussi, dans la matinée du 17 et le soir même les urines furent sanguinolentes.

Les graviers les plus gros restaient dans la vessie et nous ne pouvions les retirer qu'un à un ; ils étaient *plus friables et d'une couleur grisâtre*, ce que j'attribuai à l'action du bicarbonate de soude dont j'avais augmenté graduellement la dose. Parvenu à l'obstacle, c'est-à-dire au méat urinaire, j'exerçais avec mon pouce une légère pression sur ces corps étrangers et les fragments s'engageaient dans l'intérieur de la sonde que je retirais ensuite avec la plus grande facilité. Je remarquais parfois, au fond du vase, des *traînées* d'une matière blanchâtre où se trouvaient des fragments de graviers, comme s'ils eussent été en *fusion*, en *déliquium*.

Quand on a des prédispositions héréditaires, ou qu'on a même subi l'opération de la lithotritie, n'est-il pas prudent de se faire explorer la vessie de temps en temps avec les sondes de Mayor? ***Principiis obsta.***

Dans les cas de gravelle, ces petits corps étrangers passent des reins à la vessie avec ou sans douleur. Ils se logent dans les replis de la membrane muqueuse ; leur présence se manifeste par un besoin fréquent d'uriner. Les graveleux y font souvent peu d'attention, et ils n'appellent le médecin que lorsque les urines se suppriment totalement. Sans en avoir la conscience, ils sont porteurs à la fin de très-gros calculs. — Sans la suppression totale d'urine, que seraient devenus ces centaines de graviers ? N'est-il pas heureux de pouvoir retirer de bonne heure ces graviers avec un instrument si simple que le malade lui-même peut s'opérer sans secours étranger ? — J'ai sondé M. de X... couché dans son lit, les graviers venaient toujours. Je poussais la sonde de manière à ce qu'elle formât dans la vessie un ***sillon*** qu'elle remplissait, et où venaient se présenter les graviers qui y étaient contenus. Parfois il m'arrivait d'être obligé de retirer la sonde, parce que l'ouverture était obstruée au point que l'urine ne pouvait pas passer. Après avoir retiré un corps étranger, j'y revenais encore jusqu'à ce qu'il n'y eût plus d'urine. J'ai sondé même à sec, ce qui n'a pas empêché de retirer la sonde chargée de certains graviers.

C'est au hasard que je dois ce progrès de thérapeutique chirurgicale que je me plais à vous communiquer dans l'intérêt de la nombreuse famille des ***graveleux***.

Pour la confection des sondes il faut que j'observe qu'il est es-

sentiel que ce qu'on appelle l'*œil* soit d'une forme tout à fait orbiculaire. Quant à la variation du volume des graviers, il faut avoir des sondes de plusieurs calibres.

Si les graviers s'engagent en entier dans cette ouverture, ils ne peuvent plus en sortir, et on en fait l'extraction. S'ils sont trop gros, en retirant la sonde on éprouve une certaine résistance, et le gravier reste dans la vessie. Dans ce dernier cas, on a recours à un calibre supérieur. Lorsque l'ouverture est ovale, ces corps étrangers s'échappent avec la plus grande facilité, ne peuvent s'engager dans le canal de l'urètre, et y occasionnent des excoriations plus ou moins douloureuses.

ROUQUAYROL, D. M. P.
à Milhau (Aveyron).

BULLETIN DES HOPITAUX.

Un nouveau cas de pellagre à Paris. — Depuis que l'attention des médecins a été appelée sur cette maladie, qu'on croyait régner exclusivement dans quelques localités restreintes de l'Europe, plusieurs faits ont été rapportés, qui établissent positivement que, sous ce rapport, l'étiologie de Strambio et d'autres médecins italiens était erronée. Depuis lors, en effet, il a été rigoureusement démontré, que dans plusieurs parties de l'Espagne, qu'en France, dans les Landes, dans le Lauraguais, par exemple, on rencontre fréquemment chez les paysans placés dans certaines conditions hygiéniques, un ensemble de symptômes qui ne peuvent être rapportés qu'à une espèce pathologique comme l'affection pellagreuse. Comme c'est là une question qui est encore à l'ordre du jour, nous allons rapporter succinctement l'histoire d'une maladie fort intéressante, dans laquelle un médecin habile, M. Honoré, n'hésite point à voir un cas de pellagre assez nettement caractérisé. Voici ce fait :

Le nommé Derome, couché salle Saint-Louis, n° 27, à l'Hôtel-Dieu, est âgé de quarante-huit ans ; né à Arras, il habite Paris depuis trente ans, et y exerce l'état de bottier : d'une constitution assez forte, il n'offre point les caractères de cette vieillesse anticipée qu'on trouve souvent chez les individus à profession sédentaire. Il n'a jamais fait qu'une maladie grave à l'âge de quatorze ans ; sujet à s'enrhumer, il a craché du sang pour la première fois il y a deux ans : cette hémoptysie, peu abondante et sans réaction, s'est répétée deux ou trois fois. La poitrine explorée n'offre rien qui autorise à soupçonner la présence de tubercules. Vers la même époque à peu près, le malade a souffert du côté

des entrailles, il dit que les accidents qu'il a éprouvés alors ont quelques rapports avec ceux qu'il accuse aujourd'hui. Ces symptômes sont les suivants : depuis deux mois, diarrhée qui consiste en huit ou dix selles liquides par jour ; chute des forces, tristesse profonde ; inquiétudes, peu ou point de sommeil. Depuis deux mois, rougeur avec démangeaison existant sur la face dorsale de l'une et l'autre main. Entré dans les salles de M. Honoré, ce médecin a cru saisir dans l'ensemble des symptômes offerts par le malade le triple ordre de phénomènes qui caractérisent l'affection pellagreuse. Du côté des voies digestives, diarrhée avec tension légère de l'abdomen, peu d'appétit, bouche muqueuse. Si l'on interroge le malade, on est frappé de la lenteur de ses réponses, ou de l'espèce d'apathie dans laquelle il est plongé. Le facies profondément affaissé rappelle vaguement un des caractères des maladies chroniques de l'encéphale. La marche, sans être titubante, est cependant mal assurée. Il y a des démangeaisons à la paume des mains et à la plante des pieds. L'érythème de la face dorsale de l'une et l'autre main a un pouce carré : la peau est d'un rouge éclatant, elle a dans ces mêmes points une sensibilité exquise ; peu à peu cette rougeur diminue, puis s'efface pour faire place à une teinte brune. Enfin, l'épiderme, après dix jours de maladie, se détache en larges lambeaux qui rappellent des débris de pemphigus. Il n'y a aucune sécrétion. Sous l'influence d'une alimentation légère, de tisanes adoucissantes ou de l'opium, la diarrhée a diminué sans avoir encore disparu. Un grain d'opium appelle le sommeil, mais si on le discontinue le lendemain, l'insomnie reparaît. Telles sont les principales circonstances d'un fait assurément fort intéressant. Maintenant, est-ce là un cas de pellagre? Telle serait la question qu'il nous resterait à résoudre. Nous nous contenterons de citer l'opinion des autorités compétentes dans cette discussion. M. Brierre de Boismont n'hésite point à affirmer avec M. Honoré que la maladie est une véritable pellagre qui n'est point encore arrivée à son complet développement ; M. Roussel, au contraire, hésite au moins à se prononcer. Nous croyons que le parti le plus sage ici encore, c'est le doute, et nous approuvons fort M. Honoré de garder ce malade dans les salles autant qu'il le pourra, pour suivre le développement ultérieur de la maladie.

— Nous saisissons avec plaisir cette occasion de mentionner une observation très-intéressante et très-complète de pellagre qui nous a été adressée il y a quelques mois par notre honorable confrère, M. le docteur Dubedout, de Lesperon, département des Landes. Ce fait, que nous avons communiqué à des confrères qui s'occupent avec suite de l'étude de cette grave et curieuse affection, ne sera point perdu pour la science ; il s'a-

git d'un homme de cinquante-huit ans, qui est mort de la pellagre le 1er août 1838, à Lesperon, après avoir été observé et soigné par M. Dubedout, depuis le mois de mars précédent, pendant que la maladie était dans tout son développement.

Des saignées dans la chlorose. — C'est une erreur capitale de croire que la chlorose exclut les saignées et le régime antiphlogistique. Il est des états présentant tous les caractères extérieurs de cette affection, et qui sont au fond tout autre chose, car ils guérissent par les saignées, et le sang y est très-riche en globules et en fibrine ; ces cas rares, il est vrai, mais incontestables, présentent les phénomènes de l'oppression des forces, mais les forces existent dans l'organisme et y pèchent même par excès. N'y a-t-il pas d'ailleurs des chloroses qui sont causées ou entretenues par un état irritatoire de l'estomac, comme l'a très-bien établi un des habiles praticiens de France, M. le docteur Gintrac de Bordeaux? Mais du reste la chlorose n'exclut pas l'inflammation. Celle-ci peut avoir pour point de départ un organe ou être essentielle, c'est-à-dire consister uniquement dans la fièvre avec élévation de la température. Dans ces cas, il faut saigner modérément, il est vrai, et appliquer des sangsues comme le pratique M. le professeur Andral qui étudie avec tant de soin cette maladie. Nous avons vu dans son service une jeune fille chlorotique qui a été saignée pour une fièvre continue inflammatoire, et une autre à laquelle on a appliqué des sangsues à l'épigastre pour une gastrite concomitante. La langue était rouge à la pointe et l'épigastre sensible ; il y avait de la soif, le fer n'était pas supporté. Les sangsues, la diète et les adoucissants ont fait disparaître ces symptômes, et l'on a repris les martiaux.

Fièvre quintane ayant résisté au sulfate de quinine, au quinquina en nature, et guérie par les bains d'immersion dans la mer. — Le Bulletin de la Société de médecine d'Anvers a publié, dans ces derniers temps, plusieurs exemples d'affections intermittentes à périodes assez longues. Nous avons surtout remarqué un cas de fièvre *nonane*, traité avec succès par le sulfate de quinine, par M. le docteur Lecluyse. Le malade, boulanger, âgé de seize ans, a présenté un symptôme se joignant à la fièvre, venant et disparaissant avec elle, une douleur violente dans la région lombaire gauche, avec sensibilité au toucher. Nous avons observé, il y a quelques années, un cas bien caractérisé de fièvre *quintane*, dont nous avons conservé l'histoire détaillée et qui nous a offert également un symptôme local, quoique n'étant pas de

même nature. Les exemples de fièvre quintane étant fort rares, puisqu'on en trouve à peine quelques cas dans les auteurs tels qu'Hippocrate, Wan-Swieten, Stoll, Quarin, Tissot, nous croyons pouvoir consigner ici celui que nous avons observé.

Un de nos clients, Gustave Joubert, âgé de dix-sept ans, d'un tempérament nerveux et lymphatique, fils d'un honorable négociant de Paris, fut pris, au milieu de juin 1840, d'une douleur à la partie moyenne et antérieure de la jambe droite en dehors de la crête du tibia ; il y avait là une rougeur diffuse avec gonflement. Rien ne fit contre cet état qui obligeait le malade au repos, ni les cataplasmes, ni les frictions mercurielles, ni les bains ; il n'y eut point signe de phlegmon ni d'érysipèle. Le gonflement s'étendit sur une grande partie du mollet et la rougeur prit une teinte violacée. Les amers et les purgatifs n'amenèrent aucune modification. C'est dans ces circonstances qu'il fut pris, le 13 juillet, à trois heures de l'après-midi, d'un frisson excessif suivi d'une forte chaleur sans sueur, qui dura jusqu'au lendemain matin, avec exaspération considérable de la douleur de la jambe. Tout rentra dans l'ordre, et trois jours pleins se passèrent sans fièvre, ce qui fit penser qu'elle ne reviendrait plus; mais le cinquième jour, à cinq heures du soir, un nouveau frisson, plus intense que le premier, se déclara, et la fièvre donnant lieu toujours à une douleur intolérable à la jambe, dura plus de trente heures. Rien n'avait été fait jusque-là. Un gramme de sulfate de quinine fut administré par vingt-quatre heures pendant les trois jours suivants, et, malgré cela, à sept heures du soir, l'accès revint. Nous ne fûmes pas plus heureux pour les accès suivants, malgré l'augmentation du sulfate de quinine, remplacé ensuite par la poudre de quinquina en nature, les tisanes amères, etc. Le 20 août, lorsque je conseillai le changement d'air, les accès étaient réguliers tous les cinq jours, mais cependant un peu moins intenses que dans le principe. Nous laisserons le malade terminer lui-même l'histoire de sa maladie : « Les forces, l'appétit et le sommeil avaient disparu, dit-il dans la note qu'il a rédigée à cette époque, et dès lors la fièvre et la douleur de jambe qui l'accompagnait étaient insupportables ; ni la quinine ni les amers n'avaient pu arrêter mes accès. La fièvre quinte devint régulière ; elle venait à peu de chose près aux mêmes heures tous les cinq jours. Un ennui mortel s'empara de moi, je partis pour la Bretagne. Arrivé là, je jetai ma provision de pilules et, tout frissonnant de fièvre, je pris un bain de mer. Je continuai ainsi malgré mes accès. Pendant les nuits, j'avais des transpirations extraordinairement abondantes. Tous les matins je prenais deux bols de lait fraîchement tiré. Enfin la fièvre disparut, la gaieté, l'appétit revinrent, et le mal à la jambe fut réduit

à une petite rougeur qui était plus forte quand j'étais fatigué. Au bout de deux mois, je fus tout à fait guéri de ce dernier mal tout à fait extraordinaire. »

Fracture des deux os de l'avant-bras. Application de l'appareil suivie de gangrène. — Il est peu de questions en chirurgie qui aient été plus souvent controversées que celle de l'application de l'appareil à la suite des fractures. Les uns sont pour qu'elle ait lieu immédiatement dans tous les cas, en ayant soin de donner aux appareils un degré de constriction varié suivant les circonstances; les autres retardent l'application des appareils toutes les fois que la fracture se trouve dans des conditions qui l'éloignent de l'état de simplicité. Le fait suivant, s'il ne conclut pas d'une manière péremptoire en faveur de l'une ou de l'autre de ces opinions, n'en démontre pas moins tout le soin qu'il faut mettre à surveiller les appareils à fracture nouvellement appliqués; et, à cette occasion, nous rappellerons que le célèbre Dupuytren revenait souvent dans la soirée à l'Hôtel-Dieu visiter les appareils qu'il avait appliqués le matin; conduite que la prudence commande de suivre toujours en pratique. — Un enfant se fracture en tombant les deux os de l'avant-bras droit; un médecin, mandé au moment même de l'accident, applique un bandage, puis quitte le malade, et ne revient que le quatrième jour visiter l'appareil. Il trouva alors l'avant-bras gangréné en grande partie, la main bouffie, très-tuméfiée, les doigts immobiles. Quinze jours plus tard, après des pansements simples faits pendant ce temps, le petit malade est porté dans le service de M. Guersant, à l'hôpital des Enfants ; on constate alors le sphacèle non-seulement de la peau, mais aussi des muscles eux-mêmes. Il y a insensibilité complète, immobilité absolue ; on peut profondément enfoncer des aiguilles sans que le malade accuse la moindre sensation douloureuse. Bien que l'amputation parût formellement indiquée, M. Guersant attendit que les eschares se détachassent. Bientôt on put juger de la profondeur du sphacèle; le corps des muscles était entièrement détruit, il ne restait que les tendons, et aujourd'hui que la cicatrisation est achevée, l'avant-bras, fort mince, est exclusivement formé par des os, des tendons et des téguments. L'insensibilité persiste dans l'avant-bras, les mains et les doigts. —Ce fait, et beaucoup d'autres que nous pourrions en rapprocher, nous confirment dans l'opinion que nous avons des dangers de l'application immédiate de l'appareil toutes les fois que le chirurgien n'est pas dans des conditions convenables pour qu'il puisse revoir son malade, sinon dans la journée, au plus tard le lendemain matin ; et cela surtout si, au moment de l'application de l'appareil, il existait du

gonflement. C'est en vue de ce danger que les praticiens des campagnes, souvent fort éloignés du blessé, devront apporter la plus grande prudence dans l'application des appareils à fracture, et n'y recourir que lorsque tout gonflement, tout signe d'inflammation aura disparu ; on a prétendu qu'attendre ainsi, pour appliquer l'appareil, c'était s'exposer à favoriser la déchirure du périoste : cette crainte est mal fondée ; car si on n'applique pas complétement l'appareil, on doit toujours recourir à l'emploi de moyens simples qui maintiennent suffisamment les fragments sans exercer sur le membre une pression dangereuse.

Action de l'iodure de potassium sur la cicatrisation du lupus et sur le cancer. — Une journalière, âgée de quarante-un ans, Euphrasie Prétis, couchée au n° 330 de la salle de M. Legroux, à l'hôpital Beaujon, portait, depuis le mois d'août 1845, un lupus siégeant à la région parotidienne gauche et s'étendant jusque vers le milieu du cou. Traité par les sangsues, puis à l'aide d'une foule de recettes données par les commères du quartier, le lupus suppura, et lorsque cette femme entra à Beaujon, il y a deux mois, le cou présentait une énorme plaie qui s'est cicatrisée en quinze jours sous l'influence d'une potion contenant 75 centigrammes d'iodure de potassium. Le traitement local a toujours été fait avec la pommade iodée-iodurée du Codex.—On peut voir, au n° 13 de la salle Saint-Antoine, du service de M. Lisfranc, à l'hôpital de la Pitié, un homme d'une quarantaine d'années, entré avec un cancer occupant toute l'étendue de la mâchoire inférieure, toute l'étendue de la lèvre inférieure, et envahissant le tiers du corps de l'os. Une tumeur, située au-devant de chacun des angles de la mâchoire inférieure, avait le volume d'un gros œuf de poule. On a employé l'iodure de potassium à l'intérieur, et des frictions avec la pommade d'iodure de plomb pendant six mois. Les tumeurs, qui étaient adhérentes, sont devenues très-mobiles ; elles diminuent encore tous les jours ; elles sont arrivées à la grosseur d'un œuf de perdrix. Elles fondront probablement, et l'on ne sera pas obligé de faire une opération aussi grave. Le cancer se flétrit, mais, comme on le pense bien, M. Lisfranc n'a pas la prétention de le guérir.

Tumeur cancéreuse de la joue.—Procédé particulier de réunion. — Dans la salle Saint-Augustin, service de M. Jobert, à l'hôpital Saint-Louis, est couché depuis quelques jours un homme âgé de cinquante-quatre ans, qui porte dans l'épaisseur de la joue gauche une tumeur qui a débuté il y a deux années environ. Après un accroissement lent

et successif, cette tumeur offre aujourd'hui le volume d'un œuf de poule. Son relief le plus considérable se dessine à l'extérieur ; elle soulève la peau de la joue sans y adhérer : le relief qu'elle détermine à l'intérieur de la bouche est moins marqué ; la muqueuse y est légèrement soulevée. Cette tumeur s'étend depuis 1 centimètre en arrière de la commissure labiale gauche jusqu'à 3 centimètres au-devant de l'angle de la mâchoire, en remontant assez près du bord inférieur de l'os molaire. Elle est dure, sans fluctuation, indolente ; les téguments externes en rapport avec elle ne sont ni rouges, ni altérés d'aucune manière. La glande parotide du même côté se présente à l'état normal. Son conduit, quoiqu'en rapport avec la tumeur, fonctionne librement. Le 12 mai, l'habile chirurgien de Saint-Louis procéda à l'ablation de cette tumeur. Ayant eu soin d'abord de faire comprimer par un aide l'artère faciale gauche, il commença par circonscrire dans une double incision semi-elliptique un îlot de peau en regard de la tumeur qu'il saisit ensuite avec une érigne, l'attirant légèrement en dehors ; l'extirpation ne tarda pas à en être achevée : alors on s'aperçut qu'une seconde tumeur siégeait au-dessus de la première, remontant derrière l'os de la pommette ; l'ablation de cette seconde tumeur exigea que l'on sacrifiât une portion de la membrane muqueuse à laquelle elle adhérait dans une petite étendue. Après cette double opération, il s'agit de réunir d'abord la membrane muqueuse perforée, ensuite la peau. La division de la muqueuse avait environ un centimètre et demi, tandis que celle de la peau avait 5 centimètres. Convaincu que dans les diverses réunions pratiquées après les grandes opérations, si souvent on échoue, c'est faute de mettre les tissus en rapport par de larges surfaces, M. Jobert eut recours, pour la réunion de la muqueuse, à la suture entrecoupée qu'il fit de la manière suivante : avec une aiguille courbe, il traversa deux fois une des lèvres de la plaie, d'abord de dehors en dedans, puis de dedans en dehors ; il fit de même pour l'autre lèvre, puis il noua le fil. Un second point de suture, semblable au premier, fut encore pratiqué. Il obtint de la sorte un contact parfait et étendu entre les surfaces saignantes de la muqueuse. Quant à la division des téguments, elle fut réunie au moyen de la suture entortillée ; pansement simple, soutenu par une légère compression. Sans entrer dans les détails de ce fait jour par jour, nous dirons seulement que M. Jobert emploie avec avantage, pour le pansement des plaies chez ses opérés, des compresses trempées dans l'eau de guimauve froide. Nonobstant, chez ce malade une tuméfaction des parties avec rougeur érysipélateuse mit dans la nécessité d'extraire, dès le second jour, les épingles de la plaie extérieure. Le 16 mai, aucune communication n'existait entre la

cavité buccale et la plaie des téguments ; il est vraisemblable que la réunion de la muqueuse par la suture entrecoupée a réussi complétement. Il reste à cicatriser la plaie extérieure, ce qui ne peut tarder d'avoir lieu.

Tartre stibié à haute dose dans les cas de lésions traumatiques. Sanson avait conseillé le tartre stibié à haute dose pour combattre l'infection purulente suite des grandes opérations chirurgicales, et nous avons dans le temps rapporté plusieurs observations qui semblaient prouver l'efficacité de ce moyen. (Tome I, page 17). Voici M. le docteur Hutin, chirurgien en chef des Invalides, qui a eu l'idée d'appliquer cette méthode contro-stimulante aux lésions traumatiques elles-mêmes. Il l'a employée depuis quelques mois avec un grand succès chez plusieurs blessés couchés à l'infirmerie. On sait que ce sont des vieillards chez lesquels les émissions sanguines répétées ne sont pas toujours praticables, même dans la pneumonie, où la méthode rasorienne les remplace avec avantage. Dans les cas de lésions traumatiques, les avantages de la médication par le tartre stibié ont probablement la même cause ; la dépression des forces, nécessaire à la guérison, est amenée sans déperdition sanguine. M. Hutin donne 30, 40, 60 centigrammes et jusqu'à 1 gramme de tartre stibié par jour. Il a observé que les effets avantageux du remède n'ont lieu qu'à partir du moment où la tolérance est établie.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL (*Sur les moyens de provoquer l'*). Les moyens les plus généralement reconnus aujourd'hui pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel se réduisent à deux : la dilatation du col par l'éponge préparée, et la ponction des membranes. Le premier de ces moyens est le plus généralement préféré comme moins dangereux pour la mère et pour l'enfant, et quelques accoucheurs le regardent comme d'une application toujours contraire. Cependant, M. le docteur Boucher, de la Ville-Jossy, vient de publier un cas dans lequel ce moyen a complétement fait défaut.

Une femme présentant une angustie considérable du bassin qui ne pouvait faire espérer un accouchement naturel, et se trouvant à sept mois et quelques jours de la grossesse, fut soumise au moyen suivant : placée sur le bord du lit, l'opérateur introduisit le spéculum ; puis, ayant saisi avec une longue pince à anneaux, un cône d'éponge préparée d'environ trois centimètres de longueur sur un centimètre à sa plus grosse extrémité, à laquelle un fil assez fort se trouvait fixé, il le fit pénétrer jusqu'à ce qu'il parût à peu près au niveau des lèvres du col ; il tamponna doucement le vagin avec des boulettes de charpie, puis le tout fut soutenu par un bandage en T. Des douleurs fugaces se développèrent dans la journée et prirent pendant la nuit quelque intensité, mais disparurent. Le lendemain et pendant plus de quinze

jours, il plaça de nouvelles éponges successivement plus grosses, et à tel point qu'elles ne pouvaient passer qu'avec peine par le spéculum. Il n'obtint rien que des douleurs fugaces et une dilatation assez considérable du col, mais sans aucun travail d'expulsion. Les applications d'éponges furent alors discontinuées; le médecin proposa la ponction des membranes qui fut refusée, et cette femme vit sa grossesse parcourir ses périodes et arriva à son terme.

L'accouchement fut long, pénible, et nécessita l'emploi du forceps; un enfant mâle de fort petite dimension vint au monde; on le crut mort pendant une demi-heure, mais bientôt il se ranima et prit le sein. La mère n'éprouva aucun accident. (*Journal de méd. de la Société méd. du département de la Loire-Inférieure*, 104ᵉ livraison.)

AMPUTATION DU PIED (*Sur un nouveau procédé d'*). Depuis l'amputation du pied par la méthode de Chopart nous avons eu celle de M. Lisfranc, qui lui est de beaucoup préférable dans toutes les circonstances pathologiques qui en permettent l'application; dans ces dernier temps, M. le docteur Laborie a décrit un procédé nouveau mis en pratique par M. Jobert de Lamballe, et qui consiste à enlever les trois cunéiformes en conservant le scaphoïde et le cuboïde (voir *Bulletin de thérapeutique*, vol. 25, p. 301). Placé au même point de vue que ces deux chirurgiens, c'est-à-dire, voulant conserver des os du pied tout ce qui pouvait l'être avec quelque avantage, M. Malgaigne vient de pratiquer l'amputation sous-astragalienne du pied; c'est-à-dire que, du squelette de celui-ci, il ne conserve que l'astragale; cette amputation, qui paraît à son auteur préférable à l'amputation tibio-tarsienne et *a fortiori* à l'amputation de la jambe à son tiers inférieur, a été nécessitée par une lésion profonde du calcanéum. Avant de décrire la manœuvre opératoire, il est indispensable de rappeler les dispositions anatomiques des parties. L'astragale est uni au calcanéum en arrière et en dehors par une arthrodie assez lâche; en avant et en dedans, l'union a lieu avec une facette articulaire que présente la petite apophyse du calcanéum. En avant, il existe l'articulation astragalo-scaphoïdienne. Des ligaments unissent entre elles ces diverses facettes articulaires; ces deux facettes articulaires du calcanéum sont séparées l'une de l'autre par une gouttière qu'occupe un ligament très-fort, ou ligament interosseux qui est la véritable clef de l'articulation astragalo calcanéenne, et qui, dans l'opération, constitue la plus grande difficulté.

Passons maintenant à l'opération elle-même, telle qu'elle a été décrite par son auteur.

La malade couchée sur le dos, la plante du pied embrassée de la main gauche, le chirurgien porta le couteau horizontalement au-dessus du calcanéum en arrière, et rasant l'os le plus près possible, coupa la peau, le tendon d'Achille, et tous les autres tissus jusqu'à la partie la plus postérieure de l'astragale, puis ramenant le couteau en avant et en dedans, il conduisit l'incision à un centimètre en dessous de la malléole tibiale, puis, le long du bord interne du pied jusqu'à la base des orteils. Revenant alors au côté externe, il reprit l'incision près du talon, longea de même le côté externe du pied, pour regagner enfin le côté interne par une section transversale sur le dos du pied à convexité antérieure. Le lambeau fut relevé avec soin en rasant les os le plus près possible, et prenant à tâche de conserver l'artère pédieuse. La tête de l'astragale mise à nu, le chirurgien divisa largement l'articulation médio-tarsienne, il poursuivit en dedans la section des ligaments astragalo-calcaniens, puis il attaqua le ligament interosseux de la manière suivante : il porta à plat son couteau, le tranchant en arrière, dans la petite articulation antérieure du calcanéum, enfonçant la pointe en dehors autant qu'elle peut pénétrer, et en suivant la direction de l'articulation; il fait alors cheminer le tranchant en arrière, coupant tout ce qu'il rencontre; aux premières fibres du ligament interosseux divisées, les deux os purent s'écarter, et le reste s'acheva aisément. La désarticulation étant complète, il est aisé de ramener le lambeau sur le moignon. Sur la malade, opérée par M. Malgaigne, ce lambeau se gangréna, ce qui retarda la guérison qui n'eut lieu que par le développement de bourgeons charnus et au moyen d'une cicatrisation qui ne

put s'effectuer qu'en attirant les tissus de tous les points environnants. Le principal avantage de l'opération proposée par M. Malgaigne, est de permettre d'adapter plus solidement à l'extrémité de la jambe, reposant sur l'astragale, une bottine, qu'on ne peut le faire après l'amputation tibio-tarsienne, qui enlève un point d'appui précieux, la tête de l'astragale; de plus, la surface d'appui pour la jambe est doublée de ce qu'elle serait si on avait enlevé l'astragale.

Cette opération paraît donc appelée à remplacer avantageusement l'amputation tibio-tarsienne; M. Malgaigne signale en outre la supériorité évidente de cette opération sur l'amputation de la jambe pratiquée à son tiers inférieur. (*Journal de Chirur.*, avril 1846.)

ARTHRITE BLENNORRHAGIQUE (*Quelques considérations sur l'*). Cette question importante de pathologie vient d'être examinée à fond par un de nos honorables confrères, M. le docteur Foucart, qui en a fait l'objet d'un Mémoire adressé à la Société de médecine de Bordeaux, qui a décerné un prix à cet intéressant travail. Partant de quelques observations qui lui sont propres, et les réunissant à dix-neuf faits d'arthrite blennorrhagique, cités dans les ouvrages ou dans les journaux de médecine, M. Foucart trace l'histoire de la maladie et discute soigneusement les documents existants, relativement aux causes, au siége, au traitement de cette affection. Il est incontestable pour lui qu'il existe une arthrite blennorrhagique. La phlegmasie articulaire a, dans certains cas, des rapports manifestes avec un écoulement blennorrhagique dont est ou était affecté l'individu rhumatisant. Cette arthrite peut coïncider avec la suppression de l'écoulement, il y a alors métastase; où se produire par le froid, un choc, la fatigue, l'écoulement persistant, et celui-ci n'étant alors que cause prédisposante; ou bien encore l'arthrite peut arriver, l'écoulement persistant sans cause occasionnelle appréciable. Dans ces deux derniers cas, le développement de l'inflammation articulaire peut faire supprimer l'écoulement; il n'y a pas alors métastase, mais une simple révulsion produite. — L'arthrite blennorrhagique a pour lieu d'élection le genou, un seul le plus ordinairement; elle présente tous les symptômes du rhumatisme articulaire aigu normal; elle réclame le même traitement, les moyens antiphlogistiques d'une énergie proportionnée à l'intensité de la maladie et à la constitution du sujet. On ne doit pas rappeler l'écoulement quand il est supprimé, soit primitivement, soit consécutivement; on doit traiter à la fois la blennorrhagie, quand elle persiste, et l'affection rhumatismale. Ces cas aigus sont les plus favorables. L'arthrite seule, aiguë ou chronique, est plus tenace: sa durée est de six semaines à quatre mois quand la terminaison doit être favorable, car elle amène plus souvent que dans l'état aigu l'ankylose et la suppuration. Le traitement doit être révulsif d'abord, puis resolutif. — Dans les cas où les mercuriaux ont été employés avec succès, ce n'est point à la vertu spécifique du mercure qu'il faut attribuer la réussite, mais seulement à ses propriétés éminemment résolutives. Enfin, si l'existence du rhumatisme blennorrhagique est incontestable pour M. A. Foucart, il n'en est pas de même de la blennorrhagie rhumatismale. Il n'existe pas de fait authentique qui prouve qu'une métastase seule ait pu produire une blennorrhagie chez un sujet qui n'en avait jamais eu précédemment. (*Journal de médecine de Bordeaux.*)

ASTHME (*De l'emploi de la lobélie enflée dans l'*). La teinture de lobélie enflée, *lobelia inflata*, conseillée d'abord par le médecin américain Cuttler dans les accès d'asthme spasmodique, a été employée aussi avec succès, dans ce cas, par plusieurs médecins anglais. Ce médicament a été peu employé en France. Un médecin allemand, M. le docteur Tott, de Ribnitz, s'applaudit de ce remède, mais il ne le recommande que comme palliatif. Un cordonnier était, depuis longues années, affecté d'asthme pituiteux auquel on avait inutilement opposé l'assa-fœtida, la belladone, les vésicatoires. Il lui donna la teinture de lobélie enflée, à la dose de 20 gouttes, plus tard de 45, et même de 50 gouttes, dans une cuillerée de décoction de guimauve, toutes les deux heures. Depuis deux ans le malade n'a eu qu'un accès. — Un matelot avait des accès quotidiens d'asthme convulsif, dont il était atteint depuis trois ans. Tous les antiasthmatiques avaient été sans effet.

On donna douze paquets de poudre de lobélie de 15 centigrammes chacun, sans soulagement. Ce n'est qu'après quelques doses de teinture, 30 gouttes toutes les demi-heures, dans du thé de camomille, que les accès se calmèrent et ne sont plus revenus depuis un an et demi. (*Neue medicinische chirurg. Zeitung.*)

—

AVORTEMENT (*Le sulfate de quinine détermine-t-il l'*)? Tout récemment un médecin, M. Petitjean, de Seurre (Côte-d'Or), a avancé que le sulfate de quinine, employé pour combattre les fièvres intermittentes chez les femmes enceintes, les faisait avorter. La *Gazette médicale* de Madrid renferme une petite note qui ne manque pas de valeur, et nous nous rangeons, au nom de notre observation, du côté de ses conclusions. Le docteur D. M. Alamo écrit qu'à Loria del Rio, pays qu'il habite, les fièvres intermittentes sont eudémiques; qu'il a, par conséquent, administré, dans un grand nombre de cas, le sulfate de quinine à des femmes enceintes, à la dose de 60 centigrammes à 1 gramme par jour, et qu'il n'a pas eu à déplorer un seul cas d'avortement, bien que d'autres causes eussent pu donner lieu à cet accident. L'observation de M. Alamo doit être signalée; et si d'autres venaient la corroborer, toute crainte sur l'action abortive du sulfate de quinine s'évanouirait. Notre observation, du reste, vient à l'appui de l'opinion du médecin espagnol. (*Journal de médecine de Bordeaux*, mars 1846.)

—

CAFÉ (*Sur la composition et les propriétés nutritives du*). M. Payen s'est livré à des recherches fort curieuses sur la composition et les propriétés nutritives du café. Il y a constaté la présence de deux substances non entrevues auparavant: la cellulose et plusieurs autres corps organiques azotés, que faisaient prévoir les lois de la composition des végétaux. Afin de rechercher si aucune autre substance azotée que la caféine ne se trouvait dans la décoction du café, il a essayé de déterminer les proportions et la composition élémentaire des substances extraites par l'eau froide et bouillante du café à l'état normal, ou après une torréfaction plus ou moins avancée. Il a constaté ces résultats : que, pour 100 parties de café normal contenant 4,45 d'azote, ayant donné 75 de café torréfié brun, qui ne contenaient que 1,77, la perte en azote ou en substances organiques équivalentes, égale 0,68. Mais ces résultats sont tout différents lorsqu'on agit sans épuiser, comme on le fait dans l'usage habituel. Dans ce cas, par une seule filtration, sans épuiser, on extrait du café roux moitié en sus de ce que donne le café brun, et plus d'un quart au delà de ce que laisse dissoudre le café marron.

Le café à l'eau, préparé avec 100 grammes pour un litre, contient 20 grammes de substances alimentaires; il représenterait trois fois plus de substance solide qu'un litre de liquide obtenu en faisant infuser 20 grammes de thé, et plus du double de substance azotée.

Le café au lait, en supposant un litre formé de parties égales de café et de lait, et convenablement sucré, renferme, d'après l'analyse de M. Payen, 154,5 de substance solide; 49,53 de substance azotée; 104,97 de matières salines, grasses et sucrées. — Ce liquide alimentaire représenterait, suivant M. Payen, six fois plus de substance azotée que le bouillon. (*Bulletin de l'Académie des sciences.*)

—

CHLOROSE (*Sur la meilleure préparation ferrugineuse à employer dans la*). M. le docteur Sélade, membre de la Commission médicale de Bruxelles, a publié un long et important Mémoire sur la chlorose (*Archives de la médecine belge*, février et mars 1846), où il examine toutes les questions relatives à cette maladie. Nous ne nous arrêterons qu'à ce qu'il dit du traitement. M. Sélade a expérimenté sur de nombreux malades les diverses préparations martiales qui ont été conseillées, et il donne la préférence sur toutes au carbonate ferreux employé d'après la formule et le mode de préparation qu'a fait connaître dans le *Bulletin*, tome 23, p. 257, M. le docteur Dauvergne, médecin de l'hospice de Manosque.

« Avant la connaissance de ce mode de préparation, dit M. Sélade, j'employais les pilules de Blaud avec un succès à peu près égal. Au fond les mêmes substances s'y rencontrent; il n'y a de différence que dans le mode de préparation, et à cet égard il faut reconnaître la supériorité des pastilles préparées d'une manière plus conforme aux principes thérapeutiques. — Le carbonate ferreux préparé d'a-

près la méthode de M. Dauvergne, s'administre fort bien en pastilles dans lesquelles on fait entrer telle quantité de ce sel que l'on désire. Ordinairement je les fais préparer de deux grains, en commençant par en faire prendre une le matin, une à midi et une le soir, deux heures après les repas, et cela pendant cinq jours, ce qui fait six grains en vingt-quatre heures. Le sixième jour je double la dose : deux le matin, deux à midi, deux le soir pendant cinq jours ; je la porte ensuite à neuf pastilles par jour, rarement davantage, et je continue jusqu'à parfaite guérison. Il n'est pas toujours indispensable d'administrer jusqu'à dix-huit grains par jour pour obtenir la cure radicale; dans d'autres cas il arrive qu'il faut l'élever jusqu'à un demi-gros dans les vingt-quatre heures. On comprend que la quantité du médicament doit varier d'après plusieurs circonstances que je ne puis rapporter ici et que le praticien doit seul saisir. »

La méthode de M. Dauvergne a pour but d'empêcher la rapide oxydation du carbonate ferreux. Celui-ci, aussitôt après la précipitation et la filtration, est incorporé par le pharmacien avec le mucilage de gomme adragante. On ajoute ensuite la quantité de sucre nécessaire pour faire des pastilles qu'on aromatise avec une essence. Ces pastilles se conservent sans altération; elles changent seulement un peu de couleur avec le temps. Le fer, sous cette forme, est sans action constante sur l'estomac; il peut être donné à jeun, ce qui en double au moins l'effet. La rapidité de son assimilation dispense des doses élevées. — Voyez du reste les résultats obtenus par M. Dauvergne, *Bull. de thérapeutique*, tom. 23, p. 262.

CONTRACTIONS MUSCULAIRES (*Épidémie de*) *en Belgique*. M. Mareska a communiqué à la Société de médecine de Gand quelques détails sur une maladie qui s'est manifestée dans l'infirmerie qu'il dirige à Gand, et qui se caractérise par les contractions de certains muscles.

La maladie débute par des picotements et un engourdissement dans les extrémités, auxquels succèdent des crampes qui s'étendent des coudes aux bouts des doigts, et des genoux aux orteils. Les doigts se contractent dans la main, et celle-ci se fléchit sur l'avant-bras, puis des contractions analogues surviennent aux jambes. Quand on essaye de ramener les muscles à leur situation normale, on éprouve une grande résistance et l'on provoque de vives douleurs.

Le plus souvent il existe en même temps des picotements dans la tête, et le malade éprouve des vertiges considérables et un sentiment de faiblesse extrême. Chez quelques-uns les crampes envahissent l'estomac, le diaphragme ou les muscles de la poitrine, chez d'autres c'est la langue qui devient le siége principal de la maladie. Pas de trouble dans la circulation; les accès durent depuis quelques minutes jusqu'à plusieurs heures. Ordinairement ils surviennent la nuit, vers le matin, se prolongent par intervalles jusque vers le midi, pour disparaître le plus souvent pendant le reste de la journée. Le mal n'épargne aucun âge. (*Annales de la Société de méd. de Gand*, mars 1846.)

FIÈVRES INTERMITTENTES (*Des*) *chez les très-jeunes enfants et de leur traitement*. Il s'en faut que le jeune âge soit une sauvegarde contre les fièvres intermittentes. M. le docteur Petzold, chirurgien de district à Foëhrenberg en Allemagne, qui a étudié avec soin cette question, signale la difficulté du diagnostic. Il s'en faut que les périodes de la fièvre d'accès soient aussi bien dessinées chez les très-jeunes enfants que chez l'adulte. L'intermission est rarement assez complète pour sauter aux yeux; pendant l'apyréxie l'enfant reste malingre et souffreteux, sa face est pâle, son sommeil agité, l'appétit nul, les fonctions intestinales dérangées; le frisson n'est pas aussi marqué que chez l'adulte, il en est de même de la chaleur et de la sueur qui ne manquent cependant jamais.—Ce qui peut mettre sur la voie de l'observation, c'est qu'on n'observe la fièvre intermittente chez les jeunes enfants que dans les localités où elle sévit concomitamment chez les adultes.—M. Petzold a observé des fièvres d'accès deux fois chez des enfants de deux mois; trois fois chez des enfants de six à neuf mois; trois fois d'un an à un an et demi; et trois autres fois depuis cet âge jusqu'à trois ans. Il les a observées souvent aussi au-dessus de cet âge. — Une fois le diagnostic bien établi, il faut, chez les enfants, couper la fièvre le plus tôt possible, dit-il; il ne faut pas rester dans l'expectation comme

chez les adultes. C'est au sulfate de quinine qu'il faut donner la préférence. Voici la formule à laquelle ce médecin a ordinairement recours :

Miel purifié..................	45 gramm.
Sulfate de quinine..........	75 centigr.
Mixture d'acide sulfurique...	4 gramm.

Mêlez exactement.

La mixture en question est un mélange d'eau et d'oxymel simple aiguisé d'acide sulfurique.

Ce miel a encore un peu d'amertume, néanmoins les enfants le prennent généralement sans trop de répugnance. Il faut, autant que possible, ne pas manquer de donner, toutes les heures ou toutes les deux heures, une cuiller à café de cette préparation et même deux aux enfants déjà grands, après l'avoir remuée, et cela sans interrompre pendant la nuit, et continuer encore trois jours après la cessation des accès. (*Jour. für Kinderkrankheitem*, et *Journ. des Con. méd.-chir.*, mars 1846.)

GALVANISME (*Heureux emploi du*) *dans deux cas de paralysie traumatique*. Deux malades, affectés de paralysie traumatique locale, indépendante d'une altération du cerveau, ont fourni à M. le docteur Gorré, chirurgien en chef de l'hôpital de Boulogne-sur-mer, l'occasion d'employer le galvanisme comme moyen thérapeutique. Son emploi, dans l'un des cas, a été suivi d'une guérison complète; dans l'autre, d'une amélioration notable.— Le premier malade était un soldat âgé de vingt-deux ans, qui avait une paralysie complète du mouvement et du sentiment du membre supérieur gauche, par suite d'une chute de cheval dans laquelle le poids de l'animal avait porté entièrement sur le côté gauche du corps du sujet. Tout avait été sans nul effet quand il entra à l'hôpital, deux mois après l'accident. M. Gorré, après avoir, pendant quinze jours, employé inutilement la strychnine par la méthode endermique au moyen d'un vésicatoire appliqué sur l'épaule, eut recours à l'électricité avec une pile à colonnes composée de soixante-dix éléments. Le pôle zinc est appliqué au-devant de l'épaule; le pôle cuivre, armé d'une boule, est promené le long du membre. Le malade est soumis à l'action de la pile deux fois par jour, une heure chaque fois. Un de ses camarades d'hôpital se dévoue à cette œuvre de patience. Six semaines se passent sans résultat appréciable. Enfin, après ce laps de temps, une modification se fait remarquer; le pouls a pris plus d'ampleur, la caloricité s'est élevée; bientôt le mouvement et la sensibilité sortent de leur torpeur, se développent en même temps dans une égale proportion; les muscles fléchisseurs sont les premiers qui reprennent leur faculté motrice. On associe les bains de mer au galvanisme, et ils sont utiles. Enfin, après un séjour de sept mois à l'hôpital, le malade sort. Les mouvements d'élévation, de pronation, en avant, en arrière, de circumduction de l'épaule, s'exécutaient avec aisance; l'avant-bras se fléchissait sur le bras, mais pas encore avec une grande énergie; la sensibilité était entièrement recouvrée. Une différence de huit à dix millimètres existait seulement dans le volume des deux bras, mais elle avait disparu quelques mois plus tard. — L'autre observation est relative à une amaurose, consécutive à une plaie du sourcil, chez un jeune soldat du 42e de ligne. La vue était complétement abolie; le sujet ne pouvait distinguer la lumière des ténèbres; les milieux de l'œil avaient leur transparence, mais la pupille était large et immobile. Les vésicatoires volants, la strychnine par la méthode endermique, les révulsifs intestinaux, sont employés sans résultat. On a recours au galvanisme, au moyen d'une pile à colonnes composée de vingt couples. Le pôle zinc est placé sur la tempe; le pôle cuivre, armé d'une aiguille à acupuncture, est promené autour de l'orbite; le malade est soumis chaque jour, durant vingt minutes, à l'action de la pile. Dès la troisième séance, il dit qu'il voit comme des flammes; à la dixième, il distingue le jour de l'obscurité; peu de temps après il a une perception confuse des objets; en même temps la pupille reprend ses mouvements de contraction et de dilatation. C'est au moment où M. Gorré concevait les espérances les plus légitimes d'un succès complet, que l'ordre est donné d'évacuer le jeune soldat sur l'hôpital militaire de Calais. Le traitement s'est ainsi trouvé forcément interrompu. (*Journal des Connais. médico-chirurgic.*, mars 1846.)

GLYCERINE (*Emploi de la*) *dans les affections squammeuses de la peau*. La glycérine est une substance liquide, incolore, sucrée, d'une consistance sirupeuse, trouvée par Schéele dans les graisses ou huiles animales, qui se produit pendant leur mélange et leur combinaison avec les alcools et les oxydes. Elle est très-abondante dans les résidus des fabriques de savon. Un médecin de Londres, qui a un dispensaire spécial pour le traitement des maladies cutanées, vante la glycérine comme possédant des propriétés curatives incontestables, dans les maladies squammeuses, et surtout dans les formes congénitales des pityriasis. La glycérine ne peut être employée que dissoute dans l'eau, sans quoi elle rend la peau visqueuse et comme empesée. La facilité avec laquelle ce corps se mêle aux liquides aqueux le rend un adjuvant inappréciable pour les lotions, les liniments, les cataplasmes. La glycérine est semblable à de l'huile, et, frottée sur la peau, elle y forme comme un vernis aqueux. Quinze grammes de ce liquide dans cinq cents grammes de lotion quelconque suffisent. (*Med. Times*, et *Journ. de méd. de Bordeaux*, mars, 1846.)

HÉMORRHAGIE AURICULAIRE *survenue à la suite de la suppression des menstrues*. Parmi les hémorrhagies supplémentaires des menstrues, celles qui se font par l'oreille étant les plus rares, nous croyons nécessaire de mettre sous les yeux de nos lecteurs l'observation intéressante qui suit, recueillie par M. Alibert, médecin à Castelnandary (Aude). Paule Encely, de Saint-Amans, arrondissement de Castelnandary, âgée de quarante-cinq ans, éprouva, il y a neuf ans, un arrêt subit de ses règles, par suite d'un refroidissement de pieds ou d'un trouble, et peut-être de l'une et de l'autre cause. Les règles ne reparurent plus depuis cette époque, mais cette femme devint sourde, et, tous les mois, il s'écoula par son oreille droite une once ou une once et demie de sang. Ce suintement durait pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, et se supprimait sans aucune médication; il s'annonçait par des prodrômes que l'habitude avait appris à cette femme être un présage certain d'un prochain écoulement sanguin, et qui consistaient en une pesanteur incommode à la tête, en des bourdonnements, et surtout en une sensation semblable à celle qui résulterait de la présence et du mouvement de nombreuses fourmis dans l'oreille affectée. La malade avait observé elle-même le type périodique régulier de cet écoulement, et avait compris que la nature l'avait fait naître pour suppléer chez elle à l'absence des menstrues. Actuellement, cette perte sanguine ne revêt plus le type mensuel; elle revient à des époques indéterminées, et diffère en plus ou en moins par la quantité de ce qu'elle était autrefois. Cette irrégularité s'accompagne de violentes céphalalgies, de vertiges passagers, d'éblouissements et des signes, en un mot, d'un état congestionnel du cerveau; la santé générale est d'ailleurs parfaite. (*Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse*.)

HERNIES ETRANGLÉES GANGRENÉES (*Sur quelques cas de cure spontanée de*). On peut lire sur ce sujet un Mémoire fort important publié dans notre recueil par M. Mouret, D. M. à Montfaucon (Haute-Loire), t. 28, p. 180, 338 et 428, et une observation non moins remarquable de M. le docteur Le Monnier, de Rennes, t. 26, p. 206. Des faits nombreux démontrent aujourd'hui d'une manière évidente que la guérison peut être obtenue, en pareil cas, en abandonnant à peu près complétement la cure aux soins de la nature. Deux observations nouvelles adressées à la *Gazette médicale*, par M. Maslieurat-Lagémard, du Grand-Bourg (Creuse), viennent complétement à l'appui de cette opinion.

Une femme de la commune de Monsioux, âgée de quarante-cinq ans environ, portait depuis un an ou deux une hernie inguinale droite, qui ne lui faisait éprouver aucune douleur, et contre laquelle elle n'avait pris, en conséquence, aucune précaution. En 1844, sans que la malade eût fait plus d'efforts que d'habitude, sa tumeur devint douloureuse, et, malgré toutes les tentatives, elle ne put être réduite.

Le premier jour, la malade n'éprouva que des douleurs assez vives dans la tumeur et dans le ventre, qui devint tuméfié. Le lendemain les douleurs augmentèrent, le ventre se gonfla davantage: il y eut de la soif, quelques envies de vomir et pas de selles. Le troisième jour la malade

eut du hoquet, des vomissements bilieux d'abord, puis de matières stercorales; les symptômes généraux augmentèrent, et tout le quatrième jour furent encore plus intenses. Le cinquième, elle éprouva du soulagement; elle eut des vomissements moins fréquents; le ventre fut un peu moins tendu, et elle eut une selle. La tumeur fut un peu plus douloureuse, et elle remarqua que la peau à son niveau commençait à devenir un peu rouge. La douleur et cette coloration de la peau au niveau de la tumeur firent des progrès les jours suivants, en même temps que les symptômes généraux s'amendaient; les vomissements cessèrent, les douleurs du ventre diminuèrent; elle eut une selle, liquide tous les jours. Ce fut le dixième jour, à dater de celui où les accidents commencèrent, que M. Maslieurat-Lagemard fut appelé près de la malade.

Peu de fièvre, un peu de soif, la langue naturelle; le hoquet et les vomissements n'existaient plus depuis deux ou trois jours, les selles avaient repris leur régularité ordinaire; le ventre était médiocrement tendu, un peu météorisé, et à peine douloureux. Dans le pli de l'aine du côté droit, et dans le milieu de l'espace compris entre la symphise pubienne et l'épine iliaque antérieure et supérieure, existait une tumeur de la grosseur d'un œuf: elle est un peu allongée de dehors en dedans, violacée, molle, fluctuante, douloureuse au toucher, et ne présente aucune espèce de battement. La disparition de tous les accidents qui m'avaient fait croire au début à la présence d'une hernie étranglée, dit le médecin, me fit penser que la tumeur était un abcès qui pouvait reconnaître pour origine ou un étranglement avec sphacèle d'une partie d'épiploon, ou la compression d'un ganglion lymphatique. Toutefois, j'incisai la tumeur avec les mêmes précautions que si j'avais dû rencontrer une anse intestinale dans son centre. Cette incision donna d'abord écoulement à un pus noirâtre extrêmement fétide, comme l'est celui de tous les abcès qui avoisinent le tube digestif; mais je ne fus pas surpris de voir à la fin s'écouler des matières stercorales liquides par l'ouverture que j'avais pratiquée. J'attendis quelque temps, et cet écoulement fut assez abondant et assez manifeste pour qu'il ne restât pas de doute dans mon esprit sur l'existence d'une communication directe de la plaie avec le canal intestinal. J'appliquai un bandage compressif que j'enlevai le lendemain. Il y avait très-peu de pus sur l'appareil, un ver lombric et un peu de matières stercorales qui sortirent encore accompagnés de quelques gaz pendant que je nettoyais la plaie. Cette plaie, par un pansement convenable, eut bientôt diminué au point de ne plus présenter qu'un trajet fistuleux par lequel suintaient encore, mais rarement, quelques matières stercorales liquides; peu à peu elles diminuèrent au moyen d'une compression méthodiquement appliquée, et le vingtième jour il ne restait plus de traces de l'affection de cette femme que la cicatrice très-ferme et très-solide de l'incision que j'avais pratiquée. Pendant tout le temps que la cicatrisation a mis à se faire, cette malade n'a éprouvé aucune espèce d'accidents; c'est à peine si les premiers jours elle a eu un léger mouvement fébrile.

La seconde observation présente une analogie complète avec la précédente. Il y avait neuf jours déjà que les premiers accidents s'étaient déclarés, lorsque M. Maslieurat-Lagémard fut appelé. Les vomissements avaient cessé depuis trois jours; une énorme tumeur existait dans le pli de l'aine droite, ayant une couleur violacée dans le centre, fut ouverte avec précaution. Il s'en écoula un demi-litre de pus phlegmoneux sans aucun mélange de matières stercorales. Le sixième jour, il n'existait qu'une très-petite ouverture donnant lieu à un léger suintement puriforme. Ce jour-là, quelques matières noirâtres sur le linge, parurent à M. Maslieurat être des matières stercorales. Le lendemain la malade sentit quelque chose remuer sous son appareil, et, l'ayant enlevé, elle y trouva deux vers lombrics et quelques matières stercorales. Il ne fut plus possible de douter de l'existence d'un trajet fistuleux communiquant avec l'intestin. La cautérisation avec le nitrate d'argent de la petite fongosité de la plaie et sa compression méthodique ont, en dix jours, amené la cicatrisation complète.

HUILE DE CADE; *son emploi dans l'ophthalmie scrofuleuse*. M. le docteur Cunier, rédacteur en chef des *Annales d'oculistique*, après avoir rapporté dans son journal le travail

de M. Serre d'Alais, dans notre n° de février dernier, t. 30, p. 81, ajoute les réflexions suivantes qui ajoutent quelques renseignements utiles touchant le traitement en question.

L'huile de cade, que vient d'employer avec tant de succès M. Serre, a été vantée comme antiscrofuleuse par Alibert, qui l'administrait à l'intérieur; Cartheuser, qui s'est surtout occupé de la préparation de cette huile, Garidel et Pison, la recommandent à la fois comme antiscorbutique et antiscrofuleuse; Lieutaud la donne pour un excellent *vulnéraire* et *détersif;* un médecin hollandais, Van Wij, parle de plusieurs guérisons d'ophthalmie chronique *sèche* obtenues par les instillations avec l'huile de genévrier et l'huile de noyer; il cite un cas de *psorophthalmie* qui céda promptement aux onctions avec la première de ces huiles. Rosenstein, qui l'a beaucoup employée contre la gale, rapporte un cas d'eczéma palpébral heureusement guéri par ce moyen, qu'il dit, d'après Schaffer, être d'un usage populaire en Laponie.

Nous avons nous-même pu noter, pendant notre séjour dans le midi de la France, les bons effets de l'huile de genévrier (désignée sous le nom provençal de *Oli dé cadé*) dans les ulcérations de la cornée, ainsi que dans les ophthalmies pustuleuses; nous lui avons reconnu une grande efficacité dans les ulcérations interciliaires, toujours si difficiles à guérir : la petite fille d'un professeur de la Faculté, affectée depuis longtemps de semblables ulcérations rebelles aux traitements prescrits tant par M. Lallemand que par Dugès et par moi, fut enfin, sur mon conseil, envoyée à la campagne. Nous ne fûmes pas peu étonnés, le père et moi, de la voir guérie après quinze jours. La bonne nous dit qu'on lui devait les honneurs de la cure, qu'elle avait employé l'*Oli dé cadé*, et qu'après quatre jours tout avait été fini.

Pour ce qui est des bains de sublimé, nous y avons eu recours, à l'hôpital Saint-Jean, dans quelques cas d'ophthalmie scrofuleuse de longue date et rebelles à tous les traitements employés, et nous leur avons trouvé une vertu que nous avions du reste constatée déjà à Montpellier, où ils sont mis en usage par plusieurs praticiens qui prescrivent le sublimé à la dose de 8 à 30 grammes et même 45 grammes par bain, progressivement, chez l'adulte : nous n'avons jamais dépassé la dose de 2 grammes chez les enfants et de 12 grammes chez l'adulte. (*Annales d'oculistique*, avril 1846.)

ILEUS (*Guérison d'un*) *par l'emploi du mercure coulant*. Ce moyen, fort anciennement préconisé, est très-rarement employé par les médecins modernes. Voici une observation publiée par M. le docteur Colson, de Gand, où son emploi a été très-efficace.

Il est relatif à une femme sur l'âge de retour, d'une constitution nerveuse, sujette à des entéralgies et à la constipation. Absence de selles depuis trois jours, ventre tendu, douloureux à la pression, hoquet, insomnie, pouls légèrement fréquent, langue sèche et blanche. Un purgatif huileux, associé d'abord au laudanum, puis à l'éther sulfurique et à l'extrait d'homberg, ne produisit aucune amélioration. Bientôt le ventre commença à devenir plus douloureux et se ballonna; les liqueurs ingérées furent rendues par l'estomac; les rapports fétides et les vomissements de matières bilieuses d'abord, puis stercorales, un léger état fébrile, la chaleur de la peau, l'expression souffrante de la face, vinrent compléter tout l'appareil de symptômes propres à la maladie. Les bains, les lavements purgatifs, puis avec l'eau froide, le vinaigre pur, le tabac, parurent améliorer les symptômes; mais la constipation était toujours rebelle, et M. Colson en revint aux moyens primitivement employés. Ce fut sans succès, et même des signes d'une violente inflammation intestinale apparurent et nécessitèrent un traitement antiphlogistique énergique.

Cependant la malade, d'une complexion faible, épuisée par la diète et un traitement antiphlogistique énergique, abattue par tout un septénaire de souffrances et d'insomnie, en proie à une soif continuelle qu'elle n'osait satisfaire, gardait toujours une douleur assez vive à l'abdomen, qui restait dur et ballonné, et le cours des selles ne se rétablissant pas, la face devint bientôt terne, le regard éteint et la voix faible; la peau froide, le pouls presque insensible étaient les précurseurs d'une mort prochaine et inévitable.

C'est dans cette position grave que M. Colson, après avoir vainement em-

ployé les moyens connus, résolut d'avoir recours au mercure coulant. Ce remède, rejeté d'abord par la malade et par la famille, fut enfin administré. « Je parvins enfin, non sans peine, à dissiper les craintes et à surmonter la répugnance de la malade, et le sixième jour du traitement, une demi-livre de mercure coulant fut prise en une fois avec un peu d'huile fraîche. Je restai auprès de la malade pour lui donner plus d'assurance et observer de près l'effet du médicament. Sitôt après, elle accusa une sensation comme d'un poids énorme à l'estomac, un vomissement de matières bilieuses et stercorales survint, suivi d'une syncope... Les assistants, gardant un morne silence, la crurent morte, et moi-même je restai pendant quelques secondes dans une perplexité extrême. Mais bientôt des gargouillements se firent entendre, et la malade, ouvrant les yeux, accusa quelques coliques, présage heureux d'une première selle, suivie, dans le courant de la journée, de plusieurs autres qui procurèrent un soulagement complet. Le ventre avait repris, le lendemain, ses dimensions normales, et l'épigastre seul était le siége d'une vive sensibilité, qu'une application de sangsues enleva complétement. Les déjections alvines continuèrent les jours suivants, et sous leur influence la santé ne tarda pas à revenir intégralement. » (*Annales de la Société de méd. de Gand*, mars 1846.)

KYSTE PILEUX DE L'OVAIRE, *compliqué d'une fistule urinaire vésico-abdominale, et d'un calcul dans la vessie ; gastrotomie et taille hypogastrique ; guérison*. Voici les points principaux d'un fait on ne peut pas plus intéressant, qui a été communiqué dans le temps à l'Académie de médecine par M. le docteur H. Larrey, et qui vient d'être publié dans les Mémoires de ce corps savant.

Une paysanne, âgée de trente-trois ans, réglée à dix-sept ans et mariée à vingt, traversa, sans inconvénients notables, trois grossesses, suivies chacune d'un accouchement heureux. Rien dans les antécédents de la malade ne peut faire supposer qu'il se fût établi chez elle le moindre trouble fonctionnel, le moindre état pathologique du côté des organes génito-urinaires. Quelques jours après sa troisième couche, elle ressentit dans la région iliaque gauche une douleur vive, de la chaleur, du gonflement, et bientôt après une apparence de tumeur mobile, du volume d'un œuf. Ces premiers accidents ayant promptement perdu de leur intensité, permirent à la malade de les négliger, de retourner à ses occupations habituelles ; au bout de deux mois, la tumeur, qui, loin de s'effacer, avait plutôt augmenté de grosseur, et acquis le volume du poing, fit naître de nouveaux accidents inflammatoires. On appliqua des sangsues, divers topiques ; on vit tout à coup les urines devenir troubles, comme graisseuses, en même temps que les douleurs hypogastriques s'amoindrissent notablement. La santé générale se rétablit ensuite en grande partie, et plusieurs années se passèrent ainsi sans que la femme songeât à consulter pour sa tumeur de bas-ventre, qu'elle savait bien n'être point disparue. Cette tumeur fit enfin naître un nouvel accès d'inflammation et s'ouvrit à travers les parois abdominales, sur la ligne blanche, un peu au-dessous de l'ombilic. Du pus sanieux, jaunâtre, fétide, qui s'était d'abord échappé par là, fut bientôt remplacé dans la fistule par une mèche de cheveux, puis par un liquide urineux. Des poils, des fragments d'os et de la matière purulente avaient aussi été expulsés par l'urètre. Muni de tous ces renseignements, et ayant constaté l'existence d'un corps étranger volumineux dans la vessie, d'un paquet de cheveux dans la fistule, d'une tumeur qui occupait une partie de l'hypogastre et de la région iliaque gauche, M. H. Larrey, cédant aux instances de la malade, pratiqua l'opération suivante. Une incision, qui agrandit par en bas la fistule, dans l'étendue de 3 centimètres, lui permit de suivre la mèche de poils à une profondeur considérable, et d'arriver sur une tumeur dure, pédiculée, mobile, qu'il détacha au moyen du bistouri boutonné, pendant que des aides déprimaient, écartaient, refoulaient en arrière l'aorte, la veine cave, les gros vaisseaux de l'abdomen. Ayant élargi l'ouverture du kyste où il était entré, et prolongé son incision par en bas jusqu'au voisinage du pubis, M. Larrey découvrit une fistule vésico-abdominale qu'il agrandit comme il l'avait fait pour la fistule de l'ombilic, et mit ainsi à nu un gros calcul qu'il saisit aussitôt dans la vessie et qu'il retira dès lors sans difficulté. Les suites de cette opération délicate

et compliquée, d'abord très-heureuses, furent traversées par le développement inattendu d'une variole confluente développée vers le quinzième jour. Cependant la malade résista à ce fâcheux contre-temps, et, après quelques autres légers accidents, elle s'est rétablie complétement. (*Mémoires de l'Académie royale de médecine.*)

LAMPE DE DAVY (*Emploi de la*) *pour prévenir les accidents qui résultent de l'inflammation brusque de l'alcool et de l'éther*. Un accident très-grave, qui a eu lieu récemment dans les mines de pétrole de Bechelbronn (Bas-Rhin), a déterminé M. Boussingault à faire des recherches sur l'utilité de la lampe de Davy pour prévenir de semblables accidents. Le tissu métallique qui entoure la mèche des lampes de Davy est très-serré, car il porte 144 mailles par centimètre carré. M. Boussingault voulant s'assurer si ces appareils seraient de nature à prévenir des explosions dans les mines de pétrole qui peuvent contenir des vapeurs de naphte, très-inflammables comme on sait, a expérimenté d'abord, et pour trancher la question, sur un des liquides les plus volatiles, l'éther sulfurique lui-même.

Il a reconnu qu'une lampe ordinaire placée dans un cylindre, à 25 centimètres d'une couche d'éther, en déterminé l'inflammation. Si, dans les mêmes circonstances, on introduit au milieu de la vapeur éthérée une lampe de Davy, l'inflammation n'a pas lieu. Bien plus, en versant de l'éther sur la lampe allumée, la flamme ne dépasse pas la limite des mailles métalliques. Le naphte a offert des phénomènes entièrement semblables. L'alcool, l'essence de térébenthine se sont comportés de la même manière.

Ces observations sont susceptibles d'une application immédiate. On sait qu'une des causes les plus communes d'incendie au milieu des villes est l'imprudence avec laquelle on approche une lumière des liquides inflammables. Il n'est que trop commun de voir le feu se déclarer dans les caves où l'on transvase de l'esprit-de-vin et de l'éther.

La pharmacie déplore la perte de plusieurs hommes distingués, parmi lesquels on doit citer un chimiste de la plus grande espérance, Polydore Boullay, dont la mort a été causée par un accident de cette nature. Dernièrement encore, un jeune et savant pharmacien de Nantes a été horriblement brûlé par de l'éther enflammé. Ne serait-il pas bien à désirer que l'usage de la lampe de Davy s'introduisît chez les pharmaciens et les distillateurs? (*Journal de pharmacie*, mai 1846.)

MÉTRO-PÉRITONITES (*De l'arrêt du décroissement normal de l'utérus dans les*). A l'occasion des métro-péritonites qui ont régné épidémiquement dans les hôpitaux de Paris pendant ces derniers mois, M. Rayer a repris l'étude de la loi relative au décroissement normal de l'utérus après l'accouchement naturel. On sait que lorsque les couches ont été heureuses, l'utérus est rentré dans l'excavation pelvienne à compter du neuvième au dixième jour. Or, d'après les recherches faites dans son service à l'hôpital de la Charité, M. Rayer croit pouvoir établir que, toutes les fois qu'une métrite ou une métro-péritonite se déclare trois ou quatre jours après l'accouchement, la marche décroissante de l'utérus se trouve arrêtée; on sent que cet organe remplit le ventre jusqu'à la hauteur de l'ombilic, et cet état passif peut persister un ou deux mois sans qu'il se manifeste pour cela d'hémorrhagie, comme cela ne pourrait manquer d'arriver dans toute autre circonstance. Lorsque les accidents puerpéraux se sont dissipés, l'utérus recommence à se rétracter, et son travail de décroissement suit une marche rapide. Aussi le retour de l'organe dans la cavité pelvienne peut-il être considéré comme une terminaison heureuse de la phlegmasie. (*Journal des Connais. médico-chirurg.*, mai 1846.)

NÉCROSE DES MACHOIRES (de la) *sous l'influence des vapeurs de phosphore*. Les observations de cette nature se multiplient tellement sur tous les points de l'Europe, qu'il est urgent de s'en occuper sous le point de vue de l'hygiène publique, et d'engager les autorités à prendre des mesures efficaces pour préserver les ouvriers de ces fâcheux accidents. M. le docteur Hubbauer de Ludwigsbourg vient ajouter les trois faits suivants à ceux qui sont déjà publiés : 1° Une fille de vingt ans, légèrement scrofuleuse, était employée depuis un an à tremper des allumet-

tes dans la pâte de phosphore, lorsqu'elle eut des douleurs et un gonflement à la mâchoire supérieure gauche ; il s'y forma un abcès, dans lequel on découvrit, à l'aide de la sonde, un os carié. Malgré beaucoup de moyens internes et externes, la carie fit des progrès, des esquilles se détachèrent, la suppuration répandit une odeur insupportable, et la malade mourut. — 2° Un homme de quarante-six ans, employé depuis plusieurs années à tremper des allumettes, eut aussi des douleurs et un gonflement à la mâchoire supérieure ; les dents tombèrent, le bord alvéolaire parut à nu. Le malade, qu'on fit immédiatement sortir de la fabrique, est encore en traitement. — 3° Un cas de nécrose de la mâchoire s'est présenté à Tbaslheim : le malade a été transporté à la clinique de Tubingen. (*Medicinisches correspond. Blatt*, et *Gaz. méd.*, avril 1845.)

PARACENTÈSE DU THORAX (*De la*) *dans la pleurésie aiguë avec épanchement.* M. Trousseau, qui avait déjà communiqué à l'Académie de médecine un fait très-intéressant d'épanchement pleurétique guéri au moyen de la paracentèse du thorax, a présenté trois nouvelles observations dans lesquelles le même moyen a été suivi du même succès. M. Trousseau a formulé de la manière suivante les indications que réclame impérieusement la paracentèse du thorax.

Dès que la matité sera perçue en avant et en haut, et atteindra la ligne médiane, depuis l'échancrure sternale jusqu'à la quatrième côte, et que le diaphragme sera porté à son maximum d'abaissement, déjà il sera convenable de faire la ponction sans qu'il y ait urgence. Mais si, malgré l'énergie des moyens employés, la matité dépasse la ligne médiane, et s'étend du côté opposé chaque jour de 4 ou 5 millimètres, il y aura urgence, et l'urgence sera encore plus immédiate si l'épanchement est à gauche, et si le cœur est repoussé à droite, de manière à venir battre au-dessous du mamelon : que si, lors même que l'épanchement ne dépasse pas la ligne médiane, l'orthopnée est extrême, le pouls petit, très-fréquent, la face profondément anxieuse ; si, surtout, il y a tendance à la lipothymie, il faut opérer au plus vite.

La nécessité de l'opération bien établie, M. Trousseau y procède de la manière suivante : après avoir enroulé et fixé autour du pavillon d'une forte canule un morceau de vessie roulée mouillée, de baudruche ou un intestin de poulet, il laisse flotter l'autre extrémité (procédé Reybard) ; il fait, avec une lancette, une petite ponction à la peau, il soulève le bord supérieur de la petite plaie jusqu'au niveau de l'espace intercostal, et enfonce le trocart dans l'incision ; le morceau de vessie mouillée fait l'office de soupape de retour, et l'opérateur tire, après le retrait du trocart, autant de liquide qu'il peut. Aussitôt que le jet devient baveux, M. Trousseau fait appliquer les mains d'un aide sur le ventre, et refouler dans la poitrine les viscères abdominaux, jusqu'à ce que, malgré tous ces efforts, la sérosité cesse presque de couler. Au moment du retrait de la canule, la peau soulevée retombe et ferme hermétiquement l'ouverture. Alors le côté de la poitrine devient notablement moindre, mais son ampleur apparente, représentée par la convexité des côtes, est singulièrement diminuée par le refoulement du diaphragme. Aussitôt que l'on cesse toute compression, les côtes se redressent, le diaphragme s'abaisse et la capacité de la poitrine se trouve augmentée ; par conséquent, les organes contenus dans cette cavité, et particulièrement le poumon, ont plus d'espace pour leur développement, et l'air y peut pénétrer plus largement et plus profondément. L'auteur préfère, par conséquent, l'évacuation totale de la sérosité à l'évacuation successive qui se prête moins au déplissement rapide du poumon longtemps comprimé.

A l'appui de ces considérations, citons une des observations rapportées par M. Trousseau.

Une jeune fille de quatorze ans, entrée à l'hôpital Necker le 26 janvier 1845, présenta, le lendemain 27, des signes d'un épanchement considérable dans le côté gauche de la poitrine, avec une notable dilatation de ce côté et un refoulement du médiastin. L'origine de cet épanchement était une pleurésie, dont l'invasion remontait à vingt jours environ. Après avoir employé sans succès les purgatifs drastiques et les vésicatoires, M. Trousseau ayant constaté une augmentation dans l'épanchement thoracique, et redoutant une terminaison funeste, se décida à pratiquer la paracentèse du thorax, en présence de MM. Bricheteau et

Monneret, qui, après avoir attentivement examiné la malade, furent aussi convaincus de la nécessité de l'opération.

L'opérateur fit, entre la septième et la huitième côte, une petite ponction à la peau en dehors de la mamelle; la peau fut ensuite relevée jusqu'à ce que la ponction répondît à l'espace intercostal; alors il introduisit dans l'ouverture déjà faite un trocart ordinaire le long du bord supérieur de la côte inférieure, à la profondeur de 3 centimètres. L'instrument retiré, le liquide jaillit avec impétuosité. Pour empêcher l'air de pénétrer dans la poitrine, M. Trousseau avait enroulé autour du pavillon de la canule un morceau de baudruche qui, soulevé facilement par le jet du liquide, venait s'appliquer exactement contre l'ouverture de la canule pendant les grandes inspirations, de manière à l'obturer entièrement. On retira ainsi 1,780 grammes d'un liquide clair; l'espèce de soupape de baudruche fit merveilleusement son effet, et il ne s'introduisit pas une bulle d'air dans la cavité pleurale. Après l'opération, la malade se trouva considérablement soulagée; le cœur avait repris sa place. L'oppression avait cessé et les personnes présentes purent constater que l'air pénétrait largement dans le poumon comprimé par le liquide. Une réaction assez vive engagea le lendemain à faire une saignée du bras. La petite malade fut dès lors de mieux en mieux, et sortit de l'hospice quinze jours après l'opération. La guérison s'est parfaitement maintenue.

En tout, M. Trousseau paraît avoir pratiqué jusqu'ici cinq fois la paracentèse du thorax pour des épanchements aigus. Quatre fois il a réussi; dans le cinquième cas, la mort a pu être légitimement attribuée à des circonstances indépendantes de l'opération. Ce succès est sans doute encourageant; nous ne tairons pas cependant la remarque faite par quelques praticiens très-répandus, qui ont semblé s'étonner de ce que cinq fois, dans un espace de temps assez court, M. Trousseau ait trouvé l'occasion de pratiquer la paracentèse du thorax pour des épanchements pleurétiques aigus. Ils pensent que les indications à cette opération doivent être fort rares dans la pleurésie aiguë; et M. Louis, dont l'autorité est grande en pareille matière, assure ne les avoir jamais rencontrées encore dans le cours de sa longue pratique. (*Bulletin de l'Acad.*, avril 1846.)

PÉRICARDITE (*Recherches sur les causes de la*). Quand on étudie l'étiologie d'un grand nombre de maladies, on est surtout frappé des dissidences qui divisent les observateurs, et cette remarque semble s'appliquer plus particulièrement à la péricardite, aussi bien qu'à l'inflammation de la membrane interne du cœur elle-même. Ainsi, tandis que M. Louis pense que les causes de la péricardite sont inconnues dans l'immense majorité des cas, M. Bouillaud assure que ce sont là des cas exceptionnels, et que le froid en est la cause principale, ainsi que celle du rhumatisme articulaire aigu, confondant ainsi l'influence de cette dernière maladie et celle du froid, comme si elles n'étaient qu'une seule et même chose. En présence de ces opinions opposées, M. Taylor s'est livré à des recherches nouvelles sur l'étiologie de la maladie en question, et il a voulu, par l'observation, établir la valeur réelle de rapport ou de causalité que l'on a généralement admise entre la péricardite, d'une part, et le rhumatisme et l'albuminurie, d'autre part. Un premier article, consacré à l'étude des causes générales de la péricardite, comprend trente-huit observations. Sur ces trente-huit faits, il y a vingt péricardites compliquées de rhumatisme; dix compliquées de néphrite albumineuse, quatre dont la cause est inconnue, deux cas de maladies du cœur, dont une congénitale; enfin, un cas de propagation de l'inflammation de la plèvre au péricarde.—Dans un second article, l'auteur s'est occupé des causes qui ont pu déterminer les adhérences du péricarde : sur vingt-deux observations de ce genre, deux fois l'altération avait succédé à une péricardite aiguë; cinq fois il y avait eu néphrite albumineuse; quatre fois néphrite albumineuse avec rhumatisme antécédent; dans deux autres cas, il y avait eu maladie des reins, sans autre désignation; dans cinq cas, pas de renseignement; ajoutons que treize fois il y avait eu complication de pleurésie.—Le troisième article s'occupe des causes qui ont pu déterminer la formation de ce qu'on appelle les taches blanches du péricarde; nous dirons que, dans le relevé de quatre-vingt-trois cas, présenté par l'auteur, on retrouve encore l'influence déjà signalée dans les

relevés qui précèdent, du rhumatisme et de la néphrite albumineuse, et cela dans une égale proportion. Après ces aperçus généraux sur le degré d'influence des deux principales causes signalées par les auteurs comme déterminant le développement des lésions organiques du cœur, M. Taylor s'est préoccupé de rechercher la fréquence relative de la péricardite et de l'endocardite dans le rhumatisme articulaire aigu; ses recherches ont porté sur cent trente-trois cas de rhumatisme aigu ou subaigu: il a trouvé cinq péricardites aiguës, dont une avec endocardite; trente-deux maladies des valvules, plus ou moins prononcées, et probablement liées à l'endocardite; quarante-quatre cas dans lesquels il n'y avait aucune trace de maladies du cœur; cinquante-deux cas dans lesquels il n'y avait pas de renseignement. Ajoutons que des recherches dirigées dans le même sens ont été publiées récemment par le docteur Latham, et qu'il en résulte que la péricardite s'était montrée une fois sur sept et demie, comme complication du rhumatisme articulaire aigu; d'où il suit que les inflammations aiguës du cœur se montrent moins fréquemment à la suite du rhumatisme qu'on le croit généralement, et que l'ont affirmé la plupart des auteurs; en second lieu, que la fréquence de l'inflammation du cœur est telle, qu'elle montre hautement l'influence considérable exercée par le rhumatisme articulaire aigu. Poussant plus loin ses investigations, M. Taylor nous apprend que, sur cent neuf cas de rhumatisme articulaire chronique, vingt présentaient quelque lésion du cœur. Pour résumer de la façon la plus succincte toutes les données relatives au degré de fréquence comparative de la péricardite et de l'endocardite dans le rhumatisme articulaire aigu ou chronique, nous donnerons, d'après un relevé très-étendu, le chiffre suivant, qui est de l'auteur lui-même : dans le rhumatisme aigu, l'endocardite serait de 1,027 pour 100; la péricardite de 8 pour 100. Dans le rhumatisme chronique, la statistique donne 1,834 pour 100 pour la péricardite, et pour l'endocardite 6,520 pour 100. Quant aux circonstances qui paraissent favoriser le développement de la péricardite rhumatismale, ce sont 1° la forme fibreuse du rhumatisme; 2° la première attaque de cette maladie; 3° un âge peu avancé; 4° un haut degré d'intensité du rhumatisme: 5° une altération antérieure de la santé et une constitution délicate. Il nous resterait maintenant à suivre l'auteur dans les détails statistiques à l'aide desquels il cherche à fonder l'influence de l'albuminurie sur la péricardite; les bornes de cet article nous forcent à en donner le résumé sommaire : Le rhumatisme articulaire aigu et la néphrite albumineuse, *parvenus à une période avancée*, ont une tendance égale à produire la péricardite et l'endocardite; *à une période peu avancée*, le rhumatisme aigu produit bien plus souvent ces maladies que ne le fait la néphrite albumineuse. (*Arch. gén. de méd.*, avril 1846.)

RÉSECTION DU FÉMUR (*Coxalgie guérie par la*). La résection du fémur exige pour son exécution un si grand délabrement des parties molles et entraîne après elle une si abondante et si longue suppuration, que les chirurgiens ne l'ont pas acceptée comme méthode rationnelle, et que dans les cas où elle paraîtrait indiquée, ils lui préfèrent des procédés moins dangereux. Aussi lira-t-on avec intérêt l'observation suivante, qui nous offre un cas pathologique dans lequel cette opération a été couronnée de succès. Il s'agit d'un jeune garçon de quatorze ans, qui présentait depuis onze mois tous les caractères d'une coxalgie déjà fort avancée: vaste abcès au niveau et en arrière du grand trochanter; fistules multiples et profondes consécutives à l'ouverture de cet abcès, douleurs vives dans le genou et dans la hanche avec raccourcissement considérable du membre. La tête du fémur reposait sur la face externe de l'os des îles, on pouvait facilement s'en assurer en portant le doigt dans un vaste sinus qui s'ouvrait à l'extérieur au niveau du grand trochanter. Le petit malade était en proie à la fièvre hectique, l'amaigrissement était extrême. Le docteur Fergusson songea à pratiquer dans cet état de choses la résection de la tête du fémur : les organes internes lui ayant paru sains ainsi qu'à plusieurs de ses collègues qu'il consulta.

Une incision longitudinale de six pouces fut pratiquée sur le trajet du fémur à partir de la tête de l'os jusqu'au-dessus du grand trochanter : les parties molles dans ce dernier point furent divisées et séparées avec

soin, de manière à pouvoir passer une forte aiguille armée d'une scie à chaînettes : la profondeur à laquelle l'os était situé et son obliquité rendirent ce temps de l'opération fort difficile ; puis on eut beaucoup de peine à faire jouer la scie qui ne tarda point à se casser. Alors avec un bistouri l'auteur sépara les parties molles du col de l'os et du trochanter, et se servant du fémur comme d'un bras de levier, il fit saillir la tête et la portion de l'os ainsi isolée à travers la plaie, de manière à pouvoir se servir de la scie ordinaire. Cette section fut aisément pratiquée; mais trouvant l'os altéré dans le point où cette section fut faite, l'auteur agrandit l'incision et détacha trois quarts de pouce de plus du corps de l'os, la plaie fut ensuite réunie au moyen de la suture entrecoupée. Le membre fut placé dans un appareil légèrement extensif : fièvre traumatique légère, elle avait cessé au bout de six jours. La plaie se cicatrisa en grande partie par première intention : le malade reprit ses forces, les sueurs nocturnes cessèrent : le 8 mai, cinq mois après l'opération, la plaie était presque cicatrisée, le malade put faire quelques tours dans la salle avec des béquilles : la portion d'os enlevée avait quatre pouces un quart en mesurant suivant la courbure du col de l'os, et le membre était de deux pouces plus court que celui du côté opposé. La tête du fémur avait presque entièrement perdu son cartilage et elle était profondément ulcérée : au mois d'octobre de l'année suivante l'auteur eut des nouvelles de son opéré ; il continuait à marcher avec des béquilles en appuyant la pointe du pied sur le sol, il levait facilement son membre; point de douleur du côté de la hanche, et deux sinus qui restaient encore à cicatriser fournissaient une exsudation peu abondante. (*London Med. chir. transactions*, t. 28, et *Arch. gén. de méd.*, avril 1846).

SECTION SOUS-MUQUEUSE DU SPHINCTER ANAL (*Des maladies chirurgicales qui réclament la*). Les chirurgiens connaissent tous les accidents graves occasionnés par la section du sphincter anal, ainsi que la pratiquait Boyer pour guérir la fissure à l'anus; ils ne s'étonneront donc pas que l'on ait cherché à substituer au procédé du chirurgien de la Charité, une autre méthode qui en a tous les avantages sans en offrir les inconvénients. M. Blandin a, plus que tout autre, contribué à vulgariser cette nouvelle méthode, qui consiste à couper le sphincter anal sous la membrane muqueuse qui, de cette façon, reste complétement intacte : un des élèves de ce chirurgien décrit de la manière suivante le procédé opératoire, en indiquant les précautions dont on doit s'entourer, et les accidents qui, à la rigueur, pourraient avoir lieu sans ces précautions. Avant tout, il faut vider le rectum, car si le malade allait à la garderobe peu de temps après l'opération, il serait à craindre que les efforts de défécation ne rompissent la cicatrice encore tendre. Le malade est placé comme pour l'opération de Boyer, un aide relève la fesse du côté opposé à celui sur lequel doit être faite la section : celle-ci est toujours pratiquée sur l'un des côtés de l'anus, afin de couper le sphincter dans sa partie moyenne. On peut se servir d'un ténotome ordinaire ou du bistouri imaginé par M. Blandin, qui lui trouve l'avantage de donner au manuel opératoire plus de précision et de mieux assurer l'intégrité du rectum. Voici dans quel ordre se succèdent les divers temps de l'opération : 1° Il faut faire une petite ouverture à la peau pour le passage du ténotome ; 2° introduire le doigt dans le rectum, en même temps qu'on fait tendre la peau des deux côtés de l'anus; 3° on fait passer le ténotome entre la muqueuse et le sphincter ; 4° on coupe ce dernier.

Quant à la distance de l'anus à laquelle doit être faite la petite incision de la peau, M. Demarquay, auteur de ce Mémoire, indique comme point précis celui qui se trouve à deux ou trois centimètres de l'anus; à cette distance, on peut, avec le ténotome, couper aisément toute l'épaisseur du muscle, sans couper la peau ; petit inconvénient qu'il est bon d'éviter. L'introduction du doigt dans le rectum facilite le passage du ténotome. Il faut en même temps avoir soin de faire tendre la fesse du côté où se fait l'operation; il faut faire cheminer directement le ténotome, afin de détacher les parties dans une moins grande étendue.

Au moment où on fait agir l'instrument tranchant, on entend un bruit particulier, une sorte de craquement, et aussitôt que l'opération est achevée, le doigt sent distincte-

ment un espace entre les deux parties du muscle divisé; on applique ensuite un petit plumasseau cérate sur la plaie cutanée; on renouvelle souvent ce petit pansement, et au bout de peu de jours, le malade est guéri et de l'opération et de la maladie qui l'avait exigée. Le malade doit garder le lit pendant cinq ou six jours. On le nourrira de potages seulement. Il n'est pas rare de remarquer après l'opération une assez vaste ecchymose qui envahit le pourtour de l'anus et s'étend jusque sur la fesse du côté où l'opération a été faite. Quelquefois aussi il se produit un écoulement de sang assez abondant par la petite plaie cutanée; dans ce cas, l'ecchymose est bien moins prononcée. Dans un seul cas, sur les dix que rapporte l'auteur, il survint une inflammation de l'incision faite aux parties profondes; il s'écoula un peu de pus pendant quelques jours; que devient le muscle ainsi coupé? nous pensons avec l'auteur qu'il arrive pour lui ce que l'observation nous a fait connaître pour tous les muscles divisés au moyen des procédés que nous a fait connaître la myotomie. Quant aux circonstances qui peuvent réclamer la section sous-muqueuse du sphincter anal, l'auteur les rattache à deux ordres de faits pathologiques : 1° la myotomie sous-muqueuse est appliquée pour combattre la contraction spasmodique du sphincter qui peut s'opposer à certaines manœuvres faites dans cette région, comme, par exemple, à l'extraction de corps étrangers; cette contraction s'observe dans le cas de chute du rectum, d'hémorrhoïdes étranglées et menaçant de tomber en gangrène; l'auteur rapporte des observations à l'appui de chacune des divisions qu'il établit; 2° c'est surtout contre la contracture du sphincter compliquée de fissure que le procédé opératoire dont il s'agit a été pratiqué avec avantage. (*Arch. générales de méd.*, avril 1846.)

SEIGLE ERGOTÉ (*Des effets du*) *sur les femmes en travail et sur le fœtus*. L'emploi du seigle ergoté comme agent obstétrical est devenu aujourd'hui si fréquent, qu'il faudrait supposer que l'action de cette substance sur les femmes en travail et sur les enfants nous est parfaitement connue. Il n'en est malheureusement point ainsi, et, malgré les nombreux Mémoires qui ont été publiés sur ce médicament, plusieurs de ses propriétés demandent encore des éclaircissements ultérieurs. M. le docteur Samuel Hardy, vice-président de la Société obstétricale de Dublin, attaché à l'hospice de la Maternité de cette ville, a eu de nombreuses occasions d'étudier le mode d'action du seigle ergoté; il a recueilli de nombreuses observations qui font l'objet d'un important Mémoire qui a été traduit de l'anglais dans le numéro de mars des *Archives de la médecine belge*. Nous allons donner quelques-uns des résultats nouveaux fournis par ses expériences.

D'après ce qu'a observé M. Samuel Hardy, le seigle ergoté commence déjà à agir sur la matrice 7 minutes après son administration; le terme moyen peut être fixé à 15 minutes. Lorsque les enfants sont nés vivants, il ne se passait pas plus de 25 minutes avant que les effets du médicament commençassent, et quand la matrice en a ressenti plus hardiment l'influence, il a fallu chaque fois terminer l'accouchement par les instruments, si l'on ne voulait s'exposer à la mort certaine de l'enfant. —Parfois le seigle ergoté déterminait une espèce de contraction permanente de l'utérus sans qu'elle fût accompagnée de douleurs expulsives. Conformément à ce qui a été rapporté par d'autres observateurs, M. Hardy a remarqué que dans les cas où l'ergot de seigle exerce un effet thérapeutique favorable, il provoque de fortes douleurs expulsives, qui augmentent insensiblement de fréquence jusqu'à ce qu'enfin elles se confondent, car il n'est plus possible de saisir les intervalles.

L'action du seigle ergoté sur le pouls de la mère n'a pas été convenablement appréciée. Dans 19 cas la fréquence du pouls a diminué sensiblement 15 à 30 minutes après l'administration. Mais l'effet de ce médicament sur le cœur du fœtus est encore plus remarquable. Dans l'immense majorité des cas, il est suivi d'une diminution dans la fréquence des battements. On commence à s'en apercevoir après 15 à 30 minutes, souvent un peu plus tôt ou plus tard. La diminution de vitesse est suivie d'une irrégularité plus ou moins prononcée. D'après les observations de M. Hardy, lorsque le nombre des battements reste constamment au-dessous de 110, et qu'en

même temps ils sont intermittents, il est rare que l'enfant conserve la vie, quand même l'accouchement se terminerait avec promptitude; mais pour ce pronostic il faut qu'il y ait des intermittences. — Il est souvent arrivé à M. Hardy de remarquer l'action du seigle ergoté sur le cœur du fœtus, lorsqu'il n'agissait que peu ou point sur la matrice. Il en conclut que le ralentissement de la circulation du fœtus ne dépend pas des contractions de l'utérus, mais bien des propriétés toxiques de l'ergot. L'action déprimante de cette substance est si prononcée que fréquemment il s'écoule après la délivrance un temps assez long avant que l'enfant soit entièrement remis. Des enfants faibles à leur naissance se rétablissent beaucoup plus promptement lorsqu'on n'a pas eu recours au seigle ergoté. — Les médecins prescrivent le seigle ergoté sous diverses formes. A l'hospice de la Maternité de Dublin on l'administre de la manière suivante : on fait infuser pendant 10 minutes 2 grammes de seigle ergoté réduit en poudre dans 90 grammes d'eau bouillante; on y ajoute 50 à 75 centigrammes de poudre récente et un peu de sucre. On renouvelle ordinairement cette dose au bout de 10 minutes, et si elle ne suffit pas pour provoquer les contractions de l'utérus, on administre une troisième dose.

SPINA BIFIDA *guéri par la ligature.* M. Moulia, officier de santé à Saint-Epain (Indre-et-Loire), publie l'observation suivante. — « Louis Girault-Maurice, de la commune de Saint-Epain, portait, depuis sa naissance, une tumeur ronde de la grosseur d'un œuf, située sur la deuxième vertèbre lombaire, et suspendue par un pédicule aplati sur lequel il y avait quelques poils semblables aux cheveux de l'enfant.

« Ses parents ayant déjà perdu deux enfants par suite de maladies semblables, s'empressèrent de me consulter.

« La situation de la tumeur, et sa communication avec le canal rachidien me firent facilement reconnaître un *spina bifida*. Comme, dans les premiers jours, la peau était saine et ne paraissait nullement vouloir se rompre, je ne fis appliquer qu'une compresse trempée dans du vin rouge. Mais, vers le commencement de juillet dernier, ladite tumeur étant devenue tendue, luisante et livide sur plusieurs points, je crus convenable d'en faire l'ablation, d'après le procédé de M. Dubourg, de Marmande.

« Ayant demandé l'adjonction d'un confrère, M. le docteur Slawecki fut appelé, et, d'après son avis, je procédai à l'opération de la manière suivante :

« Je plaçai le pédicule entre deux petits cylindres que je serrai médiocrement à chaque bout, avec un fil ciré. Mon intention était de déterminer une inflammation adhésive. Le troisième jour, je serrai davantage, et le quatrième la tumeur devint livide et laissa échapper environ deux cuillerées d'un liquide sanguinolent. Le sixième jour, la tumeur étant devenue noire et fétide, je finis de la détacher d'un coup de bistouri. La plaie se cicatrisa en peu de jours, et depuis cet enfant jouit d'une santé parfaite. » (*Recueil de la Soc. méd. d'Indre-et-Loire*, 3e et 4e trim. 1845.)

SUBSTANCES ALIMENTAIRES (*Détermination de l'azote contenu dans quelques*). Les substances alimentaires qui sont susceptibles de servir, dans l'économie animale, à la formation du sang et des tissus, sont essentiellement azotées, et la quantité d'azote qu'elles renferment peut fournir jusqu'à un certain point la mesure de leur qualité nutritive. C'est en se basant sur cette idée qu'on a construit une espèce d'échelle de nutrition pour les aliments tirés du règne végétal.

MM. Schlossberger et Kemp ont appliqué la même idée aux aliments du règne animal. Après les avoir séchés à 100°, ils en ont déterminé l'azote par le procédé de MM. Will et Varrentrapp. Le lait de vache a été choisi pour terme de comparaison; 0 gr. 404 du résidu de ce lait, desséché au bain-marie, ont donné 0 gr. 241 de chloroplatinate d'ammoniaque, c'est-à-dire 3,78 pour 100 d'azote. Ce nombre étant mis égal à 100, voici comment s'exprime la valeur nutritive des aliments tirés des deux règnes :

Aliments végétaux. — Les auteurs se basent sur les analyses de M. Boussingault, sur celles de M. Thompson et sur les leurs propres, pour dresser un tableau dont nous donnons l'extrait suivant :

Riz, 81; pommes de terre, 84; na-

vets, 106 ; seigle, 106 ; maïs, 100 à 126; orge, 125; avoine, 138: carottes, 150; blé, 119 à 144 ; pain blanc, 142 ; pain bis, 166 ; lentilles, 276; fèves, 320; haricots, 283.

Aliments animaux. — Voici quelques-uns des résultats fournis par les expériences de MM. Schlossberger et Kemp.

Lait de femme, 100 ; lait de vache, 237 ; fromage 331—447; jaune d'œuf, 305 ; saumon cru, 776 ; saumon cuit, 610 ; bouillon, 764 ; huître, 305 ; foie de bœuf, 570; blanc de l'œuf de poule, 845 ; jambon cru, 539 ; jambon cuit, 807 ; chair de mouton cuite, 852 ; chair de veau cuite, 911; chair de bœuf cuite, 942. (*Journal de Pharmacie*, mai, 1846.)

VARIOLE SPONTANÉE *observée chez le cheval.* La variole a été assez fréquemment observée sur le bœuf, le porc, le chien, le singe, les oiseaux de basse-cour, etc. Mais on ne l'avait point encore observée sur le cheval, ou plutôt on n'avait point encore décrit de quelle manière se comportaient les pustules varioliques sur cet animal. Un seul auteur, Roderic de Castro, rapporte avoir vu un cheval couvert de pustules varioliques, mais sans faire connaître les caractères pathognomoniques de la maladie. M. Jules Pételard, médecin-vétérinaire à Tours, a observé un cas de variole spontanée chez le cheval, cas unique, qui mérite d'arrêter l'attention du lecteur. C'était une jument de six ans et demi, de race normande, de taille moyenne, d'un poil bai cerise. M. Pételard, appelé pour une plaie que l'animal s'était faite à la tempe droite pendant la nuit, en se frottant sur le bord de la mangeoire, aperçut un grand nombre de boutons de grosseur inégale, disséminés sur l'arcade temporale et le tiers supérieur environ du muscle zigomato-maxillaire droit. Ces parties étaient chaudes, tendues, douloureuses et dépilées. Aux caractères de l'éruption, il reconnut la variole. Ces pustules étaient arrondies, peu élevées au-dessus de la peau, aplaties à leur sommet, et portaient dans leur milieu la dépression ombiliquée particulière à la variole; à leur base on remarquait un cercle rouge. Les autres parties de la tête, non plus que le corps de l'animal, ne présentaient aucun bouton ni aucune pustule. La maladie était à son troisième ou quatrième jour, et l'éruption au premier. — Il n'existait aucun animal affecté de variole dans les environs. C'était donc un cas de variole spontanée. La jument a guéri en dix jours. Il y a eu une période de desquammation; des pellicules brunâtres se détachaient par lambeaux de grandeur variable et d'une certaine épaisseur. Ces lambeaux étaient comparables à la couenne d'un jambon fumé desséché. Sous cette pellicule, la peau, très-fine, avait une couleur rose. A la place des pustules existaient des cicatrices avec enfoncement. Ces empreintes et ces contures ont persisté après la guérison, et, dans quelques endroits, le poil n'a pas reparu. — Un point important qui a été constaté, c'est la propriété contagieuse de la maladie à l'homme et à un animal de même espèce. Un autre cheval, placé à l'autre extrémité de l'écurie, a présenté plus de vingt pustules de variole bien caractérisées, malgré toutes les précautions qui avaient été prises pour éviter tout contact entre la bête malade ou les objets employés à son service et ce cheval. De plus, trois personnes ont reçu la variole de cette jument par contact immédiat. Le propriétaire, M. Kelly, a eu plusieurs pustules à la main droite. Le domestique qui pansait la jument a eu, lui aussi, une douzaine de pustules bien caractérisées aux deux mains, et deux autres au bas de la joue droite; enfin, le médecin vétérinaire lui-même, M. Pételard, qui avait souvent touché la plaie variolique, a eu une grosse pustule au poignet droit, laquelle a laissé une empreinte bien marquée. (*Recueil de la Soc. méd. d'Indre-et-Loire*, 3e et 4e trimestre 1845.

VARIOLE (*Traitement abortif de la*). De toutes les préparations mercurielles employées pour enrayer la variole, M. Charcellay préfère l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*; mais il veut qu'il soit récemment préparé. Il le laisse en place de huit à dix jours, sans en renouveler l'application. Quoiqu'on en puisse retarder l'usage jusqu'au septième jour et même plus tard, il avoue que l'effet en est d'autant plus sûr et plus prompt, que la variole est moins avancée. Non-seulement le mercure arrête la marche des pustules qu'il touche, mais il exerce un effet analogue, quoique moins sensible, sur les pustules éloignées. Nul autre em-

plâtre, ni ceux de plomb, ni celui de ciguë, ni celui de diachylon, etc., ne peut remplacer l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*; ce qui constitue le caractère le plus essentiel des spécifiques.

Telles sont les principales propositions d'un travail envoyé à l'Académie de médecine, par M. Charcellay, et appuyé sur deux observations. Ce travail a été le sujet d'un rapport fait par M. Bousquet, auquel nous empruntons les considérations suivantes :

«Peut-être, dit-il, M. Charcellay a-t-il passé trop légèrement sur les changements que le mercure inflige aux boutons varioleux. Si l'application en est faite avant le cinquième jour de l'éruption, il arrive de deux choses l'une : ou les boutons s'en vont par résolution, ou ils se transforment en vésicules, et quelquefois en tubercules. Plus tard, c'est-à-dire du sixième au neuvième jour, il n'est plus au pouvoir de l'art de les arrêter et de prévenir la suppuration. Mais, d'une part, plus les pustules sont récentes, plus il y a d'espoir de les faire avorter; et de l'autre, plus elles sont avancées, moins il y a d'avantage à en changer le cours.

«Quelles sont les conséquences de ces changements sur l'issue de la variole et sur la vie des varioleux? S'il est vrai que l'inflammation de la face se communique au cerveau, il semble qu'en prévenant l'une, on préviendra nécessairement l'autre. Tel était aussi l'espoir de M. Serres, lorsqu'il commença ses essais de cautérisation; telle est encore aujourd'hui sa conviction profonde après vingt-neuf ans d'expérience. Toutefois, n'exagérons rien. En pareille matière, il faut des observations, il faut une bonne statistique. M. Briquet a bien dit que, de cinq varioles confluentes qu'il a traitées, il en a guéri quatre; mais ce nombre est insignifiant. La statistique, pour inspirer quelque confiance, doit opérer sur de grandes quantités. En attendant, nous sera-t-il permis de dire que la petite vérole éludera souvent le piége que lui tend le traitement abortif?

«D'une part, l'emplâtre de Vigo et les autres applications extérieures ne peuvent rien contre les pustules de l'intérieur des voies aériennes, et c'est une des causes les plus communes des terminaisons funestes de la petite vérole; il est certain au moins que beaucoup de varioleux périssent dans l'asphyxie. Et, d'autre part, il ne faut pas croire que toute la petite vérole soit dans l'éruption; elle a aussi des éléments cachés. Qui sait si le sang n'est pas altéré? Le sang est le véhicule des maladies virulentes. J'ai lu récemment dans un journal, qu'un homme étant mort de la morve, on en prit le sang contenu dans le cœur, on l'inocula à un cheval, et on reproduisit la même maladie, qui causa la mort de l'animal. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi de la variole?

« Si l'on admet l'analogie, il en serait donc des virus comme des poisons, et particulièrement de l'arsenic. Pris parmi les absorbants, l'arsenic passe dans le sang, et de là dans les chairs, dans les viscères, où la chimie, docile aux ordres de la justice, va le chercher pour confondre le crime. Dans cette hypothèse, la variole est particulièrement une maladie du sang; ce n'est que consécutivement qu'elle vient à la peau, et comme le sang va partout, c'est une maladie générale, *totius substantiæ*. Mais, parce qu'on n'en voit que la surface, l'esprit, abusé par les sens, s'est accoutumé à la considérer comme une simple inflammation de la peau; il n'a pas seulement renversé l'ordre des éléments, il a négligé le plus essentiel.» (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 3 avril 1846.)

VARIÉTÉS.

—

Un rapport sur la peste et les quarantaines à l'Académie de médecine.

Comme nous l'espérions, comme nous l'avions prévu, la Commission de l'Académie instituée pour examiner les graves questions qui se rattachent à

l'étude de la peste et à la réforme des quarantaines, a repris son travail, et son rapport, entièrement connu, est soumis à cette heure à l'examen et à la discussion de cette compagnie.

Nous devons d'abord féliciter la Commission de cette œuvre importante, et faire connaître les noms des honorables membres qui la composent :

Président : M. Ferrus ; *secrétaire-rapporteur*, M. Prus ; *commissaires :* MM. Adelon, Bégin, Dubois (d'Amiens), Dupuy, Londe, Mêlier, Pariset, Poiseuille et Royer-Collard.

Le rapport de la Commission est un travail considérable, qui ne forme pas moins de quatorze feuilles d'impression, où sont résumées et appréciées toutes les connaissances actuelles sur les causes et les modes de propagation de la peste, où des documents immenses, tant scientifiques qu'administratifs, ont été mis à profit, où chaque page témoigne du soin extrême pris par la Commission de rechercher la vérité, et de la conscience de la grande responsabilité dont elle est revêtue en face des demandes qui lui ont été adressées par le gouvernement.

Il nous serait impossible de suivre pas à pas ce long et remarquable rapport; mais nos lecteurs nous sauront gré sans doute de ne point leur en laisser ignorer les dispositions principales, et c'est ce que nous allons tâcher de faire dans cet aperçu succinct.

Ce rapport est divisé en quatre parties. Dans la première, la Commission recherche quels sont les pays où on a vu la peste se développer spontanément, elle en détermine les causes, et en indique les moyens véritablement prophylactiques.

On a vu la peste, dit-elle, naître spontanément, non-seulement en Egypte, en Syrie et en Turquie, mais encore dans un grand nombre d'autres contrées d'Asie, d'Afrique et d'Europe. Dans tous les pays où on a observé la peste spontanée, son développement a pu être rationnellement attribué à des causes déterminées, agissant sur une grande partie de la population. Ces causes sont surtout : l'habitation sur des terrains d'alluvion ou sur des terrains marécageux, près de la mer Méditerranée ou près de certains fleuves, le Nil, l'Euphrate et le Danube ; des maisons basses, mal aérées, encombrées ; un air chaud et humide; l'action de matières animales et végétales en putréfaction; une alimentation malsaine et insuffisante; une grande misère physique et morale. Toutes ces conditions se trouvant réunies, chaque année, dans la basse Egypte, la peste est endémique dans cette contrée, où on la voit preque tous les ans sous la forme sporadique, et tous les dix ans, environ, sous la forme épidémique. La civilisation de l'ancienne Egypte ayant lutté avec avantage contre ces causes d'insalubrité, tout fait croire que les mêmes moyens seraient suivis des mêmes résultats. L'état de la Syrie, de la Turquie, de la régence de Tripoli, de celle de Tunis et de l'empire du Maroc, étant à peu près le même qu'aux époques où des épidémies de peste s'y sont montrées spontanément, rien n'autorise à penser que des épidémies semblables ne pourraient pas y éclater encore. La peste spontanée paraît peu à craindre pour l'Algérie, parce que, d'une part, les Arabes et les Kabyles vivant, les uns sous la tente, les autres dans des demeures placées au sommet ou dans les flancs des montagnes, ne peuvent engendrer la maladie, et, d'une autre part, parce que l'assainissement de plusieurs parties marécageuses, et les améliorations vraiment remarquables déjà apportées dans la construction et la police du petit nombre de villes existantes, semblent une garantie suffi-

sante contre le développement spontané de la peste. Les progrès de la civilisation, et une application générale et constante des lois de l'hygiène peuvent seuls fournir les moyens de prévenir le développement de la peste spontanée.

Dans la deuxième partie, la Commission étudie les caractères différentiels de la peste épidémique et de la peste sporadique et de son mode de propagation.

La troisième partie est consacrée à la grande question de la transmissibilité de la peste. Les opinions de la Commission sur ce point sont renfermées dans les propositions suivantes :

Il n'est pas prouvé que la peste puisse se transmettre par inoculation, même dans les foyers épidémiques. Un examen attentif et sévère des faits contenus dans la science établit, d'une part, que, dans les foyers épidémiques, le contact immédiat de milliers de pestiférés est resté sans danger pour ceux qui l'ont exercé à l'air libre ou dans des endroits bien ventilés ; et, d'une autre part, qu'aucune observation rigoureuse ne démontre la transmissibilité de la peste par le seul contact des malades. Des faits en très-grand nombre prouvent que les hardes et vêtements ayant servi à des pestiférés n'ont pas communiqué la peste aux personnes qui en ont fait usage, sans aucune purification préalable, et dans un pays actuellement ou récemment soumis à une constitution pestilentielle. La transmissibilité de la peste par les marchandises, dans les pays où la peste est endémique ou épidémique, n'est nullement prouvée. Dans les foyers épidémiques, la peste est transmissible par les miasmes qu'exhalent les pestiférés. Il est incontestable que la peste est transmissible hors des foyers épidémiques, soit sur les navires en mer, soit dans les lazarets d'Europe. La peste peut se transmettre hors des foyers épidémiques par infection miasmatique, c'est-à-dire par l'air chargé de miasmes exhalés du corps des pestiférés. Les pestiférés, en viciant l'air des localités dans lesquelles ils sont renfermés, peuvent créer des foyers d'infection pestilentielle susceptibles de transmettre la maladie. Les foyers d'infection une fois formés à bord d'un navire par la présence d'un ou de plusieurs pestiférés, peuvent être transportés même à de grandes distances.

Dans la quatrième partie, la Commission recherche quelle est la durée ordinaire ou exceptionnelle de l'incubation de la peste, et elle arrive à la conclusion suivante :

S'il est vrai qu'on ne pouvait assigner à la peste une limite d'incubation fixe et absolue, il paraît cependant démontré, d'après les faits connus, que loin des pays où la peste est endémique et en dehors des foyers épidémiques et des foyers d'infection pestilentielle, cette maladie n'a jamais éclaté chez les personnes compromises après un isolement de huit jours. Les faits, en petit nombre, qu'on pouvait regarder comme faisant exception à cette règle, sont tous susceptibles d'une autre interprétation.

Telles sont les principales opinions scientifiques de la Commission. On voit qu'elles sont en opposition complète avec les doctrines sur lesquelles reposent les institutions sanitaires actuelles. Pour ces dernières, en effet, la contagion de la peste par un virus spécial pouvant indéfiniment transmettre sa funeste influence, s'attacher aux hommes, aux hardes, aux marchandises, est un fait irrécusable, qui impose aux gouvernements les plus minutieuses

précautions contre les provenances des pays où la peste est endémique. De là le système actuel des quarantaines.

La Commission ne pouvait, ne devait pas négliger de tirer des conclusions pratiques du profond et solide examen scientifique auquel elle s'était livrée. Elle n'a pas manqué à sa mission. Laissant à l'administration le soin de proposer des lois, elle n'a voulu émettre que des vœux, des espérances pour voir mettre les institutions sanitaires en harmonie avec les déductions de la science. Cette partie de son rapport est, à vrai dire, un Code sanitaire nouveau où sont exposées les précautions à prendre au départ des navires quittant des pays suspects, celles à prendre pendant la traverséo, lors des relâches et à l'arrivée en France, les mesures à prendre dans le cas où la peste viendrait à éclater dans une ville française, etc. Nous terminerons cet exposé rapide, en indiquant les principales dispositions proposées par la Commission, relativement aux quarantaines.

Pour les navires ayant un médecin sanitaire à bord et venant d'Égypte, de Syrie ou de Turquie, avec patente *nette,* la quarantaine sera de dix jours pleins, *à partir du départ,* quand la peste ni aucune maladie suspecte ne se seront manifestées à bord, pendant la traversée.

La quarantaine sera de quinze jours pleins, à partir du départ, pour les mêmes navires arrivant avec patente *brute,* s'il ne s'y manifeste ni peste, ni maladie suspecte, avant le départ ou pendant la traversée.

Pour les navires du commerce n'ayant pas de médecin sanitaire à bord, il sera prescrit une quarantaine d'observation de dix jours pleins, *à partir de l'arrivée.*

Lorsque les mêmes navires arriveront au port avec patente *brute,* mais sans avoir eu en mer ni peste, ni maladie suspecte, ils subiront une quarantaine de rigueur de quinze jours, à partir de l'arrivée.

Le bâtiment, quel qu'il soit, quelle que soit sa patente, qui aura eu, pendant la traversée, ou qui aura, lors de son arrivée dans un port français, un malade atteint de la peste ou d'une maladie suspecte, sera soumis à une quarantaine de rigueur dont la durée sera déterminée par l'autorité sanitaire dudit port.

Les pestiférés admis dans les lazarets français devront y recevoir tous les secours et tous les soins qui sont donnés aux malades ordinaires dans les établissements hospitaliers les mieux dirigés et les mieux tenus.

On voit quelles améliorations résulteraient de l'acomplissement de ces vœux pour le commerce et la liberté de nos relations avec l'Orient ; d'autre part, il ferait cesser ces mesures immorales, barbares et absurdes, employées aujourd'hui contre les pauvres pestiférés que nos lazarets peuvent recevoir. Enfin, une institution toute nouvelle, et bien digne d'attention, surgirait de l'adoption de ce projet, celle des médecins sanitaires, qui exigerait un personnel nombreux, et qui ouvrirait probablement une issue fructueuse à ce *trop-plein* médical, objet de tant de plaintes.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de la discussion, probablement fort longue, qui est déjà entamée à l'Académie de médecine.

M. Serres, membre de l'Institut, président du Congrès médical de France.

a été nommé commandeur, et M. Amédée Latour, secrétaire-général du Congrès, chevalier de la Légion-d'Honneur.

Ont été encore nommés dans l'ordre de la Légion-d'Honneur : *Officiers*, MM. les docteurs Paul Dubois et Blache de Paris, Vignerie de Toulouse, Coze de Strasbourg. *Chevaliers* : MM. les docteurs Sigaud, Combes de Toulouse, Marchal de Calvi, Michel Lévy de Metz, Lenoir, Michon-Grisolles, Lagasquie, Oliffe, Lebaudy, Hœfer, Manld, Rampon, Pouydebat, professeur à Bordeaux ; Vastel, professeur à Caen ; Robin, professeur à Grenoble ; Pointe, professeur à Lyon ; Roussel, professeur à Marseille ; Parchappe, professeur à Rouen ; Tonnellé, professeur à Tours. MM. Guibourg et Félix Boudet, professeurs à l'École de pharmacie de Paris, ont obtenu la même distinction, ainsi que M. Samson, coutelier et fabricant d'instruments de chirurgie, à Paris.

Des poursuites ont été exercées par le ministère public contre M. Raspail pour exercice illégal de la médecine. Ces poursuites ont été provoquées par l'association des médecins de Paris sur une lettre signée de MM. Orfila et Fouquier, président et vice-président. On sait que M. Raspail n'a pris aucun grade. Il a plaidé lui-même sa cause. La 8e chambre du tribunal correctionnel de la Seine a condamné M. Raspail à 15 francs d'amende.

L'Académie des sciences a, dans la séance publique annuelle du 11 mai dernier, sur le rapport de MM. Rayer, Serres, Roux, Magendie, Duméril, Velpeau, Andral, Pariset et Milne-Edwards, décerné les prix de médecine et de chirurgie suivants : 1° une somme de 1500 fr. à M. Amussat comme *récompense* pour ses expériences sur les blessures des vaisseaux sanguins ; 2° une somme de 1200 fr. à M. Bonnet, de Lyon, comme *récompense* pour son bel ouvrage sur les maladies des articulations ; 3° une somme de 600 fr. à MM. Al. Becquerel et Rodier, comme *encouragement* pour leurs travaux sur la composition du sang ; 4° une somme de 500 fr., également à titre d'encouragement, à M. Reveillé-Parise, pour ses observations sur l'emploi des feuilles minces de plomb dans le pansement des plaies ; 5° une pareille somme à M. Morel Lavallée, pour son Mémoire sur les luxations de la clavicule ; 6° une mention honorable à M. Donné, pour ses travaux de microscopie, et à M. Clias, pour ses méthodes de gymnastique.

Sur la présentation du ministre de l'intérieur, ont été nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur : MM. Long, médecin de l'hospice civil à Tours ; Bravet, médecin civil chargé du service de santé du Fort-Barraux (Isère) ; Chassinat, chirurgien du ministère de l'intérieur ; Hubert, médecin de l'hôpital civil de Mayenne ; Hutin, médecin de l'hôpital de Joinville (Haute-Marne) ; Cagnon, médecin de Vitry-le-Français ; Briard, médecin à Montbrison ; Jousserau, docteur médecin de Lons-le-Saulnier ; Billardet, médecin à Beaune ; Bernard, médecin à Moulins.

Parmi les nominations faites cette année dans la Légion-d'Honneur sur la présentation de M. le ministre de l'instruction publique, il en est une que le corps médical de Paris accueille avec une satisfaction particulière, c'est celle de M. Achille Comte, chef des bureaux des affaires médicales au ministère de l'instruction publique, nommé chevalier. Ceux de nos confrères qui ont eu des rapports avec M. Achille Comte au sujet de ses fonctions savent qu'il joint aux qualités les plus éminentes de l'esprit, aux connaissances les plus solides qui rendent ses services si utiles à l'administration, cette bienveillance de cœur qui lui fait des amis même de ceux qui ne peuvent obtenir ce qu'ils demandent.

La présentation pour la place dans la section de médecine opératoire vacante à l'Académie de médecine est la suivante. Le classement est fait par ordre alphabétique. MM. Huguier, Larrey, Malgaigne, Manec, Robert, Vidal (de Cassis). C'est M. Laugier qui est chargé de faire ce rapport.

Par arrêté du maire de Lyon, il n'est plus permis d'appliquer aux murs de la cité aucune affiche relative à un traitement ou remède quelconque. Montpellier a déjà fait toutes les démarches voulues pour arriver à un aussi heureux résultat.

M. le baron Barbier, ancien chirurgien en chef et professeur au Val-de-Grâce, et membre de l'Académie de médecine, vient de mourir à l'âge de 79 ans.

Les jurys médicaux ont été prorogés, tels qu'ils étaient organisés, pour encore une année, à partir du 12 avril 1846. Ainsi il y aura encore cette année des réceptions d'officiers de santé, de pharmaciens, d'herboristes et de sages-femmes aux chefs-lieu de département. Espérons que cette institution n'a plus à durer que cette session.

Un fait d'une extrême gravité a été communiqué à la *Gazette médicale* par un médecin recommandable, M. le docteur Bouyer, de Marennes (Charente-Inférieure). Le voici sans réflexions, il parle assez haut par lui-même.

Un nommé Claude Chauvenet, natif de Nuits, département de la Côte-d'Or, âgé de trente-quatre ans, faisant métier de charlatan sur les places publiques, vendait à Marennes à son de trompe, il y a quelques jours, son eau de Cologne colorée en vert, et se posait triomphalement dans sa voiture se proclamant médecin de la Faculté de Montpellier, et montrant au public des titres richement encadrés : 1° un diplôme d'officier de santé, délivré le 6 novembre 1845 par le jury médical de l'Hérault ; 2° un brevet de membre correspondant de la Société médico-chirurgicale de Montpellier.

Ce Chauvenet parle ignoblement le français ; il sait à peine lire et épelle les mots sans les comprendre ; il ne sait pas écrire et réussit seulement à tracer grossièrement les lettres qui composent son nom : *il sait signer*.

La police municipale, le procureur du roi lui-même, ont dû croire que les pièces détenues par cet homme provenaient de quelque autre individu au-

quel il les avait soustraites ou achetées ; ou bien qu'il y avait eu substitution de personne devant le jury de Montpellier. Chauvenet a été arrêté; une instruction a été faite à Marennes. Les professeurs de Montpellier, le secrétaire de la Faculté de médecine, les signataires du brevet de membre correspondant ont été entendus à Montpellier par la commission rogatoire du magistrat instructeur.

L'identité de Chauvenet a été constatée. Il a été également démontré que cet homme, qui ne sait ni lire ni écrire, s'est procuré un *certificat de six années d'études* qui, dit-il, lui a été fourni par M. Hubert Rodrigues, professeur agrégé de la Faculté, et a subi trois examens devant les professeurs de la Faculté de Montpellier, qui lui ont délivré un diplôme d'officier de santé, et, chose indigne ! le diplôme de membre correspondant de la Société médico-chirurgicale, signé du président de cette Société, M. Hubert Rodrigues. Ce brevet indique qu'il a été délivré sur la présentation d'un Mémoire, ayant pour objet la *pathologie du globe oculaire*. Chauvenet a déclaré, dans son interrogatoire, que ce Mémoire avait été écrit sous sa dictée par M. Hubert Rodrigues.

A la suite de cette instruction, il y a eu nécessairement une ordonnance de non-lieu, et Chauvenet a été mis en liberté.

Ibrahim-Pacha a visité la semaine dernière l'École de médecine et l'hôpital du Val-de-Grâce. Le prince égyptien a beaucoup admiré les deux Musées de la Faculté. Il a accueilli avec un grand empressement l'idée qui lui a été suggérée par M. Orfila de fonder en Égypte des Musées du même genre. Il a promis à M. le doyen d'envoyer à l'École de médecine de Paris tous les animaux d'Égypte qu'il lui demanderait.

Les Chambres ont été saisies, par M. le ministre de l'instruction publique, d'un projet de loi portant demande d'un crédit de 231,000 fr., somme qui, à l'exception de 18,000 fr. demandés pour l'achèvement des cliniques de Paris et la construction d'une infirmerie exclusivement destinée aux élèves des Facultés de médecine et de droit, est entièrement destinée à Montpellier. 60,000 fr., environ, serviront à compléter l'École de pharmacie de cette ville, trente et quelques mille francs seront donnés à la Faculté des sciences, et 135,000 fr. à la Faculté de médecine pour l'établissement d'un *Musée d'anatomie normale et pathologique* convenable, qui manque à cette Faculté. Il est de la plus grande urgence de remplir au plus tôt cette lacune. Depuis près de dix ans, M. Orfila n'a pas cessé de faire les démarches les plus actives pour la réalisation de ce vœu de la Faculté de Montpellier.

On a récemment introduit dans la législation wurtembergeoise le principe de la responsabilité médicale, notamment sur tout ce qui concerne les accouchements, en appliquant une pénalité sévère aux faits présumés de négligence, etc. Toutes les fois qu'il meurt une femme en couches ou même dans la quinzaine qui suit, l'on établit une enquête. L'autopsie est pratiquée d'office, et les inspecteurs médicaux prononcent sans appel sur le sort du

malheureux confrère qui a donné ses soins à l'accouchée. Comprend-on une pareille disposition ? elle déconsidère la profession! Tout le monde connait les nombreuses chances d'erreur que présentent les accouchements ; de là une part énorme faite à l'arbitraire dans ces enquêtes et ces jugements.

Il est on ne peut plus utile de mettre en relief les œuvres de bienfaisance médicale qui s'opèrent. Nous regrettons que l'honorable confrère qui vient de publier le compte-rendu du service médical des indigents de l'arrondissement de Châteaubriant (Loire-Inférieure), pendant les années 1844 et 1845, dans la *Revue médicale*, n'ait pas donné son nom, car nous avons à louer sans réserve sa philanthropie et le zèle éclairé qu'il a mis depuis six ans à faciliter l'accomplissement des vues des personnes bienfaisantes de cet arrondissement, qui ont créé par leur souscription un fonds pour les soins à donner aux malades indigents. Le service médical des pauvres des campagnes est organisé dans l'arrondissement de Châteaubriant, qui compte seize communes depuis 1840. Il a été secouru depuis son origine 669 malades, parmi lesquels 505 étaient alités. Il y a eu 567 guérisons, 62 décès, 565 voyages exprès, 350 par occasion, 583 consultations, 542 ordonnances ont été remplies par les pharmaciens. Les traitements des 669 malades secourus par le service médical ont coûté 1,830 fr., dont 505 pour les pharmaciens, et 1,325 pour les médecins. Les pharmaciens ont donné beaucoup de médicaments gratuitement et n'ont porté pour les autres que le prix de revient. Les médecins ont fait en plusieurs communes le sacrifice de leurs honoraires, ils ont aussi fourni des médicaments gratis, et dans les 1,300 fr. d'honoraires, les médicaments sont compris pour près de moitié.

Du reste, sur beaucoup de points de la France s'établissent des services médicaux pour le traitement des indigents des campagnes. Aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin, de la Haute-Saône, de la Moselle, de la Meuse, de Saône-et-Loire, etc., où le service existe depuis longtemps, il faut ajouter ceux de la Charente, du Pas-de-Calais, de la Loire.

Le crétinisme est commun dans le royaume de Wurtemberg, et le gouvernement s'occupe du moyen de le diminuer. D'après un relevé récent, on compte dans cet État 2,901 crétins, ce qui fait 1 sur 600 habitants. Sur ce nombre, 769 ont moins de quinze ans, 1,193 sont âgés de quinze à trente ans, 939 ont plus de trente ans.

Les réceptions de docteurs en médecine *in absentia* sont supprimées à l'Université allemande de Giessen. D'après une résolution de la Faculté, le grade de docteur ne s'accordera dorénavant aux étrangers que lorsqu'ils viendront subir en personne les examens exigés.

Nous avons déjà parlé des mesures prises en Belgique pour l'extinction de la syphilis. — A dater du 1er mai 1846, tout militaire belge atteint de

syphilis ou de gale, qui en aura fait immédiatement la déclaration au médecin du corps, en se présentant spontanément à lui à l'apparition des premiers symptômes, aura droit à la solde d'hôpital. Tout militaire reconnu atteint d'une affection vénérienne ou psorique, dont la gravité révèlerait que l'apparition des symptômes primitifs remonte à plus de quatre jours, sans que le malade ait pu s'y méprendre, ne recevra pas de solde d'hôpital.

Sur la demande du professeur Rech, médecin en chef de l'Asile public des aliénés de Montpellier, un concours spécial sera ouvert le 1er juillet prochain pour une place d'interne dans cet établissement. La durée des fonctions sera de trois ans. Outre un traitement annuel de 350 fr., l'interne aura dans l'hôpital la nourriture, l'éclairage et le chauffage.

L'Académie de médecine a nommé au scrutin les Commissions suivantes. *Pour le prix Itard :* MM. Bousquet, Jourdan, Laugier, Honoré et Roche. *Pour le prix Civrieux :* MM. Prus, Jolly, Rochoux, Gerdy et Guéneau de Mussy. *Pour le prix Portal :* MM. Cruveilhier, Cornac, Velpeau, Rayer et Longet. *Pour le prix de l'Académie :* MM. Martin Solon, Bricheteau, Caventou, Ferrus et Louis.

Le Conseil général des hôpitaux a décidé, sur la proposition de M. Orfila, que les procédés d'assainissement qui ont été mis en usage depuis six mois à l'École pratique, par M. le docteur Suquet, et que nous avons fait connaître, seraient appliqués à l'amphithéâtre de Clamart, à dater du mois d'octobre prochain.

Il est question d'établir à Alger une succursale de l'hôtel royal des Invalides, dans le genre de celle qui existe déjà à Avignon, et d'y entretenir particulièrement des soldats invalides affectés de certaines maladies auxquelles le climat d'Alger serait favorable.

Appréciant les dangers qu'on fait courir aux enfants nouveau-nés en les apportant à la mairie, le maire de Douai vient de prendre un arrêté d'après lequel un médecin commissionné est désormais chargé de se rendre à domicile, sur l'appel des parents, pour constater la naissance et le sexe de l'enfant.

Voici quel a été le mouvement des hôpitaux et hospices de Paris pendant le premier trimestre de 1846. Du 1er janvier au 31 mars, il a été reçu dans les hôpitaux 19,846 malades, et dans les hospices 3,301; ce qui met les admissions générales au chiffre de 23,147 pendant ce trimestre. Pendant le même espace de temps, il est mort dans les hôpitaux 2,073 malades, et dans les hospices 740; total, 2,813. Les sorties ont été de 20,649, dont 18,213 pour les hôpitaux et 2,436 pour les hospices. Dans le même tri-

mestre de 1845 les entrées dans les hôpitaux avaient été de 18,807. Différence en plus en 1846 1,039.

Le gouvernement belge va faire des modifications aux tarifs criminels en ce qui touche les médecins. D'après le projet qui a été soumis à l'Académie de médecine de Belgique, les tarifs seraient augmentés, les médecins ne seraient plus assimilés à des témoins ordinaires. Appelés devant les juges d'instruction, ou aux débats, ils recevraient par jour de comparution des indemnités sur le pied d'une visite ou vacation. C'est une partie de ce que le Congrès médical de France a demandé. Des dispositions satisfaisantes à cet égard seront sans doute insérées dans la prochaine loi. Mais il est triste de voir notre gouvernement devancé pour toutes les améliorations par les pays étrangers.

Le sentiment de la nationalité scandinave s'est manifesté récemment dans une décision des médecins des trois royaumes. Trois journaux de médecine paraissaient isolément en Suède, Norwège et en Danemarck, ils se sont réunis en une seule publication.

Le concours existe aussi en Danemarck. Une chaire de chirurgie vacante à l'Université de Copenhague est disputée en ce moment par trois concurrents, le docteur Kayser et les licenciés Bricka et Büntzen. Le jury est composé de quatre professeurs et de quatre membres de la Société de médecine.

A l'instar de Sociétés qui existent à Londres et à Munich, il vient de se fonder à Paris une *Société protectrice des animaux*. Son but est de poursuivre par tous les moyens la répression des mauvais traitements exercés sur les animaux. M. le docteur Pariset a été élu président, M. le docteur Flandin, vice-président, M. Parisot, de Cassel, secrétaire pour l'étranger, et M. Hamon, vétérinaire, secrétaire pour l'intérieur.

Le corps médical est partout en mouvement pour obtenir les améliorations indispensables qu'il réclame en vain depuis tant d'années. Il n'est pas jusqu'à l'Autriche qui ne reculerait pas devant les réformes, tant elles sont indispensables et justes. La *Gazette médicale universelle de Berlin* annonce qu'on agite sérieusement à Vienne plusieurs questions relatives à une nouvelle organisation des études.

Il existe en Prusse, depuis quinze ans, une Société de secours pour les médecins nécessiteux. D'après le compte-rendu de cette année, les recettes ont été pendant l'année 1845, de 26,326 fr. 40 c. Dans ce chiffre entre un legs de 10,416 fr. fait par le docteur Wohlherr. Soixante-trois médecins ont été secourus et ont reçu la somme de 8,704 fr. 80 c., ce qui fait 138 fr. 15 c. par individu. Le capital de la Société se montait le 31 décembre 1845 à 148,800 fr. La Caisse des veuves de médecins possédait à la même époque 55,800 fr. Quatorze veuves ont reçu en 1845 1,655 fr. 80 c., ce qui fait 122 fr. 75 c. par veuve secourue.

M. le docteur Chrestien, rédacteur de la *Gazette médicale de Montpellier*, et agrégé en exercice de la Faculté de médecine de cette ville, vient d'être appelé devant le conseil académique, par suite d'une plainte dirigée contre lui par les juges du dernier concours, à raison d'un article intitulé *Concours Boyer*, inséré dans le numéro du 15 décembre dernier. M. Chrestien a répondu que ce n'est pas en sa qualité d'agrégé qu'il dirige la *Gazette médicale* de Montpellier, mais en vertu de ses droits de citoyen français. Ce journal date de 1840, et M. Chrestien n'a été nommé agrégé qu'en 1843.

La statistique officielle publiée par le ministère du commerce porte le nombre de tous les aliénés en France, tant ceux des établissements publics que ceux qui existent en dehors, à 18,350, terme moyen de sept recensements annuels et généraux de 1835 à 1841. Il y a certainement une augmentation progressive dans le nombre des aliénés. Ainsi, les admissions, qui étaient au nombre de 3,947 en 1835, se sont élevées en 1841 à 5,851, et, dans le même laps de temps, le nombre total des aliénés, qui était en 1835 de 14,486, s'est porté à 19,738. Il en résulte que l'aliénation mentale devient de plus en plus fréquente dans notre pays, ou bien que chaque année l'administration découvre un certain nombre d'aliénés dont elle ignorait auparavant l'existence.

M. le docteur Aubanel, médecin en chef de l'asile des aliénés de Marseille, propose à ses confrères, qui s'occupent de la même spécialité, de se réunir en congrès à Paris, sous la présidence de M. l'inspecteur-général, pour jeter les bases et arrêter les statuts d'une association générale des médecins des asiles d'aliénés, dont le foyer serait à Paris et les rayons dans les diverses localités de France où se trouvent des asiles. Nous applaudissons à ces idées et faisons des vœux pour leur réalisation.

La Société de prévoyance des pharmaciens du département de la Seine vient de compléter ainsi qu'il suit son Conseil d'administration pour l'année 1846 : président, M. Flon ; vice-président, M. Martin (Alex.); secrétaire-général, M. Touradour; sécrétaire-adjoint, M. Baignet ; trésorier, M. Vuaflart. *Conseillers*, MM. Blondeau, Dubuisson, Durozier, Cadet-Gassicourt, Hottot, Boutigny. *Commission permanente:* président, M. Hauduc ; secrétaire, M. Cabadi ; membres, MM. Lepère, Victor, Bissey, Abbadie, Labordette, Collas.

M. Oppermann, professeur adjoint à l'École de pharmacie de Strasbourg, vient d'être nommé professeur titulaire.

Le corps médical de Bordeaux vient de faire une grande perte dans la personne de M. Mabit père, directeur de l'Ecole de médecine de cette ville et médecin honoraire de l'hôpital Saint-André.

Une vente d'opium qui a eu lieu il y a quelques mois à Calcutta, a produit la somme énorme de 20 millions de francs (800,000 liv. st.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LA PÉRITONITE CHRONIQUE ET SON TRAITEMENT.

Par M. VALLEIX, médecin de l'Hôtel-Dieu (Annexe).

Bien que des travaux intéressants aient été publiés sur la péritonite chronique, on peut dire que l'attention des médecins n'a pas été encore suffisamment fixée sur cette maladie, qui ne se produit que dans certaines circonstances déterminées. Avant que l'anatomie des membranes, qui est un des plus beaux titres de gloire de Bichat, fût venue servir de guide aux observateurs, il devait nécessairement régner beaucoup de vague dans l'histoire d'une affection qui a son siége dans la plus vaste de toutes les séreuses. Plus tard, d'autres causes ont empêché longtemps que la péritonite, et surtout la péritonite chronique, ne fût parfaitement connue. C'est, en effet, comme je viens de le dire, dans des circonstances particulières que se montre cette grave maladie, et ces circonstances n'avaient pas été étudiées avec tout le soin désirable. Broussais est, chacun le sait, le premier qui ait insisté avec le plus de force sur la nécessité de donner une large place dans le cadre nosologique à ces inflammations chroniques, longtemps rangées parmi les obstructions, et dont la péritonite fait partie. Ce n'est là, toutefois, qu'une idée générale qui a son importance sans doute, mais qui n'aurait pas porté de grands fruits, si des détails plus exacts, plus précis, n'étaient venus faire mieux connaître la maladie. Des recherches plus récentes sont heureusement venues rectifier les erreurs de Broussais et compléter les observations tout à fait insuffisantes qu'il nous avait données ; de telle sorte qu'aujourd'hui la péritonite chronique est une des maladies dont le mode de production, le développement, la nature, et par suite le traitement, sont le mieux déterminés. Cette proposition semble d'abord en contradiction avec ce que j'ai dit plus haut, mais on voit bientôt qu'il n'en est rien ; car, si l'inflammation chronique du péritoine n'est pas aussi complétement et aussi généralement connue qu'elle pourrait l'être, ce n'est pas que les documents nous manquent, c'est qu'un bon nombre d'auteurs n'ayant pas encore convenablement étudié la question, il s'est publié et il se publie encore tous les jours des articles peu au courant de la science sur ce point, et qui propagent des idées erronées. J'ai donc pensé qu'il ne serait pas inutile de dire

quelques mots sur ce sujet, d'autant plus que, comme on le verra plus tard, bien qu'il s'agisse d'une maladie liée presque constamment à une affection mortelle, les considérations dans lesquelles je vais entrer ne seront pas, à beaucoup près, inutiles pour le traitement.

Si d'abord nous recherchons quelles sont les conditions dans lesquelles se produit la péritonite chronique, nous trouvons ce fait important, capital, que, dans l'immense majorité des cas, elle se montre chez des sujets tuberculeux. C'est au point que les cas où elle existe en l'absence de tubercules dans les poumons, pourraient, à la rigueur, être considérés comme de véritables exceptions. Il faut néanmoins faire ici une remarque pour éviter toute fausse interprétation. Si, à l'exemple de la plupart des auteurs, on voulait regarder comme des péritonites chroniques toutes les fausses membranes anciennes qui occupent le péritoine, il est évident que la proposition précédente serait on ne peut plus exagérée ; mais on aurait grand tort de donner le nom de péritonite à ces fausses membranes, quelque étendue qu'elles puissent avoir. On sait, en effet, que presque toutes les inflammations intenses de certains viscères abdominaux, comme le foie et la rate, s'accompagnent nécessairement, lorsque la partie voisine du péritoine est affectée, d'une inflammation de cette membrane elle-même, qui donne promptement lieu à la formation de fausses membranes ; c'est là une péritonite aiguë. Or, si nous supposons que l'inflammation viscérale cesse, ce qui a lieu le plus fréquemment, il restera ces fausses membranes, qui bientôt deviendront celluleuses, et qui persisteront ensuite. Pourrons-nous dire, en pareil cas, qu'il y a une péritonite chronique? Evidemment non ; car les adhérences ne sont autre chose qu'un *reliquat* de la péritonite aiguë, et ne peuvent pas, par elles-mêmes, constituer une maladie. En examinant les faits, on voit que, dans les autres circonstances où de pareilles adhérences se forment, les choses se passent de la même manière.

Une autre remarque importante, c'est que ce que j'ai dit plus haut s'applique principalement à la péritonite chronique générale ; car je n'ignore pas que de véritables péritonites partielles peuvent se montrer à l'état chronique dans des cas particuliers. Mais, tous les praticiens le savent, les faits de ce genre sont extrêmement rares, et ils ont un bien moindre intérêt pratique.

Après la péritonite chronique, qui reconnaît pour cause l'affection tuberculeuse, la plus intéressante est celle qui se développe chez les sujets cancéreux. Nous verrons, en effet, plus loin, que c'est entre ces deux inflammations chroniques du péritoine que doit être principalement porté le diagnostic.

Enfin, il est un autre mode de production de la péritonite chronique qui mérite d'être signalé, quoique les faits de ce genre soient fort rares. On voit quelquefois, et M. Andral en a cité des exemples dans sa clinique, la maladie commencer par les symptômes d'une péritonite très-aiguë, et devenir ensuite chronique. L'examen des observations prouve qu'en pareil cas c'est, selon toutes les probabilités, à une perforation d'un organe creux, et principalement de l'intestin, qu'il faut rapporter la péritonite aiguë qui s'est ensuite transformée en péritonite chronique. Par des circonstances particulières, dont la principale est la formation de fausses membranes épaisses, qui limitent le siége du mal, les symptômes aigus s'arrêtent, mais l'épanchement persiste avec tous les accidents qu'il amène à sa suite. Il est facile de comprendre combien ces faits doivent être rares; il n'est pas, en effet, de maladie plus grave et plus promptement mortelle que la péritonite suraiguë, qui reconnaît presque toujours, si ce n'est toujours, une perforation, abstraction faite, bien entendu, de la péritonite puerpérale, affection d'une nature particulière, et dont il n'est pas question ici. Combien peu de sujets peuvent dès lors résister aux premières atteintes du mal !

La péritonite chronique peut-elle se produire en dehors de toutes les circonstances qui viennent d'être indiquées? Doit-on admettre l'existence d'une péritonite chronique simple, dans toute l'acception du mot? C'est ce qui ne paraîtra pas douteux à ceux qui s'en rapportent aux opinions généralement reçues. Mais qu'on interroge les faits, qu'on les examine avec tout le soin nécessaire, et l'on verra qu'il n'en existe pas un seul qui démontre péremptoirement l'exactitude de cette manière de voir. Le fait peut paraître singulier; car on conçoit avec peine qu'une séreuse, placée dans les conditions où se trouve le péritoine, et exposée, en apparence, à tant de causes d'inflammation, ait néanmoins besoin, pour s'enflammer, des circonstances toutes particulières que j'ai mentionnées plus haut. Mais, quelque extraordinaire qu'il paraisse, ce fait n'en est pas moins vrai et n'en est pas moins démontré par l'observation de tous les jours.

Une première conséquence pratique découle de ce qui vient d'être dit. Je suppose un sujet qui ne présente, du côté des poumons, que des signes très-incertains de tuberculisation, ou même qui n'en présente aucun: constate-t-on, chez lui, l'existence d'une péritonite chronique générale? on est naturellement porté à penser que des tubercules existent réellement dans le tissu pulmonaire, mais qu'ils sont en trop petit nombre pour qu'on puisse les découvrir avec nos moyens d'exploration. Nous verrons plus loin comment cette présomption se change en un diagnostic précis, lorsque l'on a pu exclure les autres conditions dans lesquelles se

développe la péritonite chronique. Et qu'on ne croie pas que ce soit là une simple supposition : ce diagnostic a pu être porté dans plusieurs circonstances et vérifié après la mort du sujet. Or, on conçoit combien il est important pour le praticien de ne pas regarder comme une inflammation simple, et par cela même plus facilement guérissable, une affection liée à une autre maladie, dont les résultats sont si funestes. La pratique ne consiste pas seulement, en effet, à diriger convenablement le traitement des maladies, elle se compose de tout ce que doit savoir le médecin, lorsque, appelé auprès d'un malade, il doit, en même temps qu'il le traite, se prononcer sur la nature du mal, sur son issue probable, sur sa gravité, etc. Pour moi, dans tous les cas de péritonite chronique que j'ai observés, et qui, comme ceux dont M. Louis nous a donné l'histoire, se sont toujours présentés chez des tuberculeux, j'ai toujours noté, du côté des poumons, des signes de tuberculisation, qui ne pouvaient pas laisser un seul instant le diagnostic incertain.

Quant au diagnostic de la péritonite chronique elle-même, il ne devient réellement facile que lorsqu'on connaît, dans tous leurs détails, et la manière dont se manifestent les symptômes, et leur mode de succession, et leur ensemble. Il ne s'agit pas, en effet, ici d'une de ces maladies dans lesquelles un ou plusieurs signes tout particuliers viennent éclairer le médecin ; ce sont des symptômes communs à d'autres affections, mais qui se succèdent ou se groupent d'une façon spéciale, de telle sorte que, quand on les a bien observés une fois, on les reconnaît ensuite sans peine. La description rapide que M. Louis nous a donnée de la péritonite chronique chez les tuberculeux est si exacte et si claire, que je ne peux m'empêcher de la citer ici, afin qu'on ait un point de départ sûr pour le diagnostic :

« Les symptômes de la péritonite chronique, de cette affection, dit M. Louis, que je n'ai jamais rencontrée que chez les tuberculeux, passent souvent inaperçus, bien que suffisants, comme on le verra tout à l'heure, pour faire connaître avec certitude la lésion à laquelle ils se rattachent.

« A une époque variée de l'affection principale, quelquefois à son début, qu'elle conduise à la mort en moins de deux mois ou en plusieurs années, les malades éprouvent les premiers symptômes de la péritonite : une *augmentation de volume du ventre, indiquée par la gêne qu'ils ressentent dans leurs vêtements, s'ils ne gardent pas le lit*, ou bien une *douleur* abdominale *peu vive*, et quelquefois *universelle*, quelquefois l'une et l'autre à la fois.

« La douleur augmente par la pression et la percussion, est *indépendante de la diarrhée*, qui n'existe pas toujours, à beaucoup près,

au moment où elle se développe, et qui s'accompagne toujours de souffrances très-différentes de celles de la péritonite.

« Plus tard, après un espace de temps qui varie beaucoup, le médecin, appelé près du malade, peut constater l'existence d'une *fluctuation* ou d'un *météorisme* plus ou moins considérable de l'abdomen.

« Après avoir augmenté pendant quelque temps, la fluctuation diminue, puis disparaît complétement, tandis que le météorisme persiste. Dans le cas où il s'est montré, au début, sans épanchement appréciable, le météorisme diminue après un certain temps, et alors la tension du ventre est plus marquée, les circonvolutions intestinales s'y dessinent, l'abdomen est comme bosselé, offre une élasticité très-résistante, alors même que les muscles qui l'enveloppent sont dans le relâchement le plus complet. Les nausées et les vomissements sont rares, si ce n'est dans les derniers temps de l'affection, quand une péritonite aiguë vient compliquer l'état déjà si pénible du malade.

« Dans quelques cas, ces accidents aigus n'ont pas lieu ; le malaise n'en est pas moins extrême ; les malades ne s'occupent que de leur ventre, ne parlent que de lui ; tandis que, dans d'autres cas où le désordre est tout aussi considérable, le ventre est *constamment indolent,* même à la pression, et n'offre pour tout symptôme qu'un excès de volume et un certain degré de fluctuation, l'urine n'étant pas albumineuse, et le malade n'ayant pas éprouvé jusque-là les symptômes d'une maladie organique du foie. »

Ainsi, en suivant attentivement la marche des symptômes, on voit chez un sujet ayant déjà les signes de la phthisie, ou n'en présentant que de très-incertains, ou même, dans quelques cas, n'en présentant aucun d'évident, le ventre se gonfler, devenir plus ou moins douloureux, et l'affection rester permanente pendant un temps variable, pour finir souvent par des symptômes aigus. En y réfléchissant, on voit que ce n'est point ainsi que se manifestent les autres affections chroniques de l'abdomen, telles que l'ascite passive, les diverses tumeurs, les obstacles progressifs au cours des matières fécales, etc. Mais on peut se demander si la péritonite est ou n'est pas liée à la production des tubercules. Serait-ce une péritonite due au développement du cancer? Mais cette affection, qui n'est pas fébrile, au moins dans une partie de sa durée, s'observe ordinairement chez des sujets plus âgés; elle ne s'accompagne pas des signes rationnels des tubercules, comme la péritonite tuberculeuse, et, de plus, c'est plus ou moins longtemps après avoir constaté l'existence d'un cancer, soit du foie, soit de l'estomac, soit de l'intestin, soit de tout autre organe voisin, qu'on la voit se développer.

Quant à la péritonite chronique qui succède, dans quelques cas rares, à une péritonite aiguë, il faudrait un interrogatoire bien peu attentif pour ne pas avoir des renseignements précis sur la manière dont elle a commencé ; car la douleur excessive, les vomissements et les autres symptômes de la péritonite suraiguë à laquelle elle a succédé, sont des accidents trop terribles pour qu'ils n'aient pas frappé le malade.

Outre la possibilité de diagnostiquer indirectement la présence des tubercules dans le poumon, la connaissance exacte de cette maladie permet encore au praticien de porter un pronostic plus éclairé. La péritonite chronique, venant s'ajouter aux causes de destruction qui existent déjà, doit nécessairement, dans un bon nombre de cas, hâter la terminaison fatale. On voit, en effet, des phthisies se terminer, sous cette influence fâcheuse, en quarante jours, deux mois, trois mois. Il ne faudrait pas croire néanmoins que c'est là un résultat inévitable. La péritonite chronique tuberculeuse peut très-bien guérir sous l'influence d'un traitement convenablement dirigé, et laisser ensuite la maladie principale suivre son cours, comme s'il n'était pas survenu de complication. C'est ce que des faits en assez grand nombre nous ont appris d'une manière positive ; seulement il faudrait bien se garder de considérer, d'après quelques cas heureux, la maladie secondaire comme ayant peu de gravité, car on s'exposerait à de fâcheux mécomptes.

Les lésions anatomiques ne laissent pas d'avoir leur importance pratique. Si, en effet, nous examinons ce qui se passe dans les cas de péritonite tuberculeuse, nous voyons que, dans un bon nombre, la péritonite se produit en l'absence de tout tubercule dans le péritoine, ou dans les fausses membranes qui tapissent cette séreuse. L'inflammation est simple sous ce rapport, et quoiqu'il soit difficile de s'expliquer comment cette inflammation simple peut se produire en pareille circonstance, tandis qu'on la chercherait en vain dans toute autre, il faut bien accepter ce fait, puisque son existence est démontrée par l'observation. J'insiste sur ce point, et je ne parle pas ici des tubercules déposés sous forme de granulations grises, ou de masses jaunes et friables, dans les pseudomembranes, dans l'épaisseur de l'épiploon, dans le mésentère, et même sous le péritoine, parce que c'est précisément l'existence de cette inflammation simple qui a l'importance pratique dont je parlais tout à l'heure. J'ajouterai seulement un mot sur une *espèce d'éruption* que j'ai eu lieu d'observer, il y a quelques jours, chez un phthisique qui a succombé dans mon service à l'Hôtel-Dieu annexe. Toutes les circonvolutions intestinales étaient couvertes d'une multitude de petites élevures, absolument semblables aux vésicules des sudamina. Elles en avaient, en général, la grosseur et la transparence ; lorsqu'on les perçait avec

une épingle, on en faisait sortir une gouttelette de liquide limpide, et puis on n'en trouvait plus de trace. Après avoir fait dessécher l'intestin, ces vésicules ont conservé en partie leur forme, et, lorsqu'on les enlevait avec la pointe d'une épingle, on voyait qu'on avait soulevé une petite portion du péritoine, au-dessous duquel était un petit vide résultant de la dessiccation du liquide, et la surface avait l'aspect des sudamina desséchés et rompus. Le péritoine remplaçait là l'épiderme.

Mais je n'insiste pas sur cette lésion qui n'est que curieuse, et je reviens à la partie pratique de mon sujet. Si, comme je viens de le faire voir, l'affection est purement inflammatoire dans une bonne partie des cas, et si, dans ceux même où les tubercules présents dans l'abdomen ont produit le mal, il y a encore, comme les faits le prouvent, un caractère franchement inflammatoire marqué par la production des fausses membranes, il ne faut pas agir aussi timidement que le font la plupart des praticiens, qui hésitent à employer les antiphlogistiques chez des sujets plus ou moins épuisés. C'est en pareil cas qu'il faut dire, avec Broussais, que l'inflammation épuise bien plus les malades que la tuberculisation, et qu'en la combattant même par des moyens assez énergiques, loin de leur ôter leurs forces, on les leur rend en enlevant le mal qui les accable. Qu'on n'oublie pas, en effet, que, sous l'influence de la péritonite chronique, la fièvre prend une nouvelle intensité, et l'on sait en combien peu de temps une fièvre continue peut miner la constitution.

Un médecin qui connaîtra ces faits n'hésitera donc pas à appliquer des sangsues, des ventouses scarifiées, à plusieurs reprises, si le mal ne cède pas; et, pour compléter ce traitement antiphlogistique, il prescrira un régime sévère, le repos absolu, les émollients, les bains. Une fois la péritonite dissipée, on aura bientôt fait reprendre aux malades les forces qu'aura pu leur enlever cette médication.

Un médicament dont on devra surtout faire un grand usage, est l'opium, en pilules, en lavements, sur des cataplasmes. Cette substance, qui est si utile dans la péritonite aiguë, a aussi les plus grands avantages dans la péritonite chronique, et l'on ne doit pas craindre de le porter progressivement à des doses élevées.

Quant aux autres moyens, tels que les frictions mercurielles, les frictions iodurées, les bains sulfureux et alcalins, on doit peu compter sur leur efficacité; mais, du moins, ils n'ont pas de résultat fâcheux. Il n'en est pas de même des frictions irritantes, des moxas et des vésicatoires: ce sont ces derniers dont il faut surtout signaler les fâcheux effets, parce qu'on n'a que trop de tendance à les prodiguer. Ils n'ont qu'une action très-hypothétique sur la péritonite, et ils ont très-certainement

l'inconvénient d'exciter le mouvement fébrile et l'agitation, de manière à aggraver et la maladie principale et la maladie secondaire. On commence enfin à reconnaître combien est fâcheux l'emploi abusif des vésicatoires; je l'ai déjà signalé dans ce journal, et M. Quiet, dans la Gazette médicale (voyez l'extrait dans le *Bulletin thérapeutique*, avril 1846), a montré combien il faut être réservé dans cette application chez les enfants. Qu'on ne s'en rapporte pas sans examen à l'opinion générale; qu'on étudie les faits, et l'on verra de quel côté est la vérité.

VALLEIX.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES CAUSES, LA NATURE, LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES GAZ DÉVELOPPÉS DANS LES VOIES DIGESTIVES.

(Suite et fin.)

Le diagnostic des gaz intestinaux n'offre pas, en général, de difficultés sérieuses. Il ne serait plus permis aujourd'hui de commettre ces erreurs dont parlent les auteurs, de prendre des accumulations gazeuses pour des tumeurs, des abcès, de anévrysmes, comme cela est arrivé à des chirurgiens célèbres, à Desault, à Morand; de les confondre avec la grossesse, avec des tumeurs cancéreuses abdominales, avec l'ascite même, ainsi que le firent Alph. Leroy et Portal, qui se disposaient à pratiquer la paracentèse sur une fille dont l'ascite disparut tout à coup après une abondante émission de gaz. Les acquisitions précieuses de l'art sous le point de vue du diagnostic, celle surtout de la percussion qui permet aujourd'hui de fixer avec tant de précision le siége anatomique et la nature d'un grand nombre de maladies, empêcheront de commettre de semblables méprises.

Les gaz sont-ils dans l'estomac, les éructations trahiront presque toujours leur présence. S'ils ne peuvent pas trouver issue par la bouche, alors surviennent les accidents de ballonnement, d'oppression, de hoquet, etc., que nous avons déjà éuumérés. Ces phénomènes étant communs à plusieurs autres maladies, on se garantira de l'erreur en remarquant l'absence de toute fluctuation, de toute infiltration, l'impression fugitive du doigt sur les parois abdominales; la percussion méthodique de l'abdomen viendra bientôt lever tous les doutes. Dans les cas d'accumulation considérable de gaz dans l'estomac, la distension qu'elle occasionne, détermine de très-vives douleurs, des *crampes* d'estomac qui cessent aussitôt que l'émission de gaz peut se faire. Il est des cas, cependant, où le diagnostic pourrait être embarrassant; on

sait que les nevroses de l'estomac, les gastralgies proprement dites donnent lieu aussi à ces accidents douloureux ; de plus, ces affections sont presque toujours accompagnées d'une exhalation gazeuse considérable. Il peut être important, comme cela résultera de ce que nous avons à dire du traitement, de ne pas confondre ici l'effet avec la cause. Les circonstances antécédentes et concomitantes de la maladie pourront empêcher l'erreur. Ainsi, dans la gastralgie, l'émission des gaz calme, amoindrit la douleur, mais ne la fait pas complétement disparaître, et avec elle tous les autres symptômes, comme cela arrive dans la tympanite stomacale essentielle.

Ces mêmes réflexions s'appliquent à la tympanite intestinale ; l'émission des gaz par l'anus fait cesser tous les accidents ; s'il y a rétention, alors surviennent tous les phénomènes qui résultent de la compression des gaz sur l'intestin même et sur les organes voisins, d'où troubles variés de l'estomac, du diaphragme, du cœur, de la vessie, etc. La tympanite qu'ils déterminent ne pourrait être confondue avec l'ascite que si l'on se privait volontairement des lumières de la percussion ; en y recourant, toute erreur de diagnostic est à peu près impossible. Quant à la tympanite péritonéale, avec laquelle on pourrait la confondre, on remarquera que la première donne lieu à un développement égal de l'abdomen, tandis que la tympanite intestinale est inégale et bosselée, selon les circonvolutions de l'intestin.

Ces considérations succinctes me paraissent suffisantes pour établir le diagnostic dans les cas de développement de gaz gastro-intestinaux. Elles peuvent se résumer par cette proposition : la présence actuelle des gaz est indiquée par la percussion ; leur caractère idiopathique ou symptomatique est indiqué par les commémoratifs et les phénomènes concomitants.

Nous ne savons rien de bien précis sur la composition chimique des gaz développés dans les conditions dont je m'occupe, c'est-à-dire dans la tympanite idiopathique, essentielle. Il est difficile de tirer quelques conclusions des expériences faites par les observateurs, car ces expériences, peu rigoureuses d'ailleurs, ont été faites dans des conditions très-diverses de l'écononomie qui n'ont pas toujours été indiquées. D'après les faits que j'ai observés par moi-même, je suis porté à croire que le gaz émis dans la tympanite essentielle, dans l'état de vacuité du tube digestif et hors le temps de la digestion, est du gaz acide carbonique. Mais les motifs sur lesquels je me fonde ne me paraissent pas encore suffisamment scientifiques pour que je les expose ici. Il n'est peut-être pas hors de propos de remarquer que Van Helmont avait déjà indiqué la plupart des faits découverts par la chimie moderne sur ce

sujet ; en effet, dans un passage souvent cité, ce célèbre médecin s'exprime ainsi : « Ructus, sive flatus originalis in stomacho, prout et flatus « ilei, extinguunt flammam candelæ ; flatus autem stercoreus, qui in « ultimis formatur intestinis, atque per anum erumpit, transmissus « per flammam candelæ, transvolando accenditur, ac flammam diversi « coloris, iridis instar, exprimit ; qui vero in ileo sive in intestinis « gracilibus formatur, nunquam est inflammabilis, sæpe inodorus « est... » (De flatibus, § 48, 49.) Cette proposition un peu absolue de Van Helmont serait en opposition, du moins quant aux gaz de l'estomac, avec l'expérience indiquée par M. Josat. « Je crois, dit ce mé« decin, qu'il faut accorder quelque valeur à un moyen d'investigation « auquel j'ai eu recours souvent : il consiste à approcher de la bouche « du malade une bougie allumée, celui-ci ne laissant sortir le gaz que peu « à peu et sans souffler. J'ai vu de cette manière la flamme de la bou« gie, tantôt perdre de son intensité, ou même s'éteindre brusquement ; « tantôt, au contraire, acquérir une plus grande intensité, et menacer « même de s'étendre jusqu'à la cavité buccale. » (Loco cit., p. 20). On comprend parfaitement que la nature chimique du gaz doive varier selon la nature des aliments ingérés, l'état plus ou moins avancé de la digestion, ainsi que d'après l'état sain ou malade des organes digestifs. On comprend aussi que sous le rapport du traitement, la connaissance exacte de la composition chimique des gaz puisse avoir une grande utilité. Le peu de précision qui règne à cet égard explique la divergence et la confusion que l'on remarque dans les préceptes thérapeutiques. Il est évident qu'un malade dont l'estomac exhale, par exemple, une grande quantité de gaz acide carbonique ne sera pas indifféremment soumis à la magnésie, aux médicaments dits absorbants, ou aux eaux qui tiennent ce gaz en dissolution. Il y a sur ce point des recherches intéressantes à faire, et j'admire, pour le dire en passant, comment la chimie moderne, dont je suis bien éloigné de rejeter systématiquement les applications à la pathologie, s'enfonce dans les profondeurs les plus moléculaires de nos humeurs et de nos tissus, avant d'avoir résolu les problèmes plus faciles, plus appréciables, plus grossiers, si l'on veut, que présentent certains phénomènes d'une grande fréquence. La nature chimique de l'exhalation gazeuse est dans ce cas.

Si la science est peu avancée sur ce point, elle l'est bien moins encore sur un autre point plus essentiel assurément, c'est-à-dire sur la nature pathologique de cette affection, sur la connaissance des conditions morbides dans lesquelles se développe l'exhalation gazeuse. Ici se rencontrent les opinions les plus contradictoires. Leur simple exposition m'entraînerait beaucoup trop loin et ne saurait convenir d'ailleurs au

but pratique de ces réflexions. Laissant donc de côté les théories opposées de quelques anciens, et parmi les modernes, celles de Combalussier, de Portal, de Fodéré, je dirai quelques mots seulement de celle plus récente de M. Baumès, de Lyon, qui a été accueillie avec une certaine faveur.

Si j'ai bien compris notre savant confrère, sa théorie repose tout entière sur cet aphorisme hippocratique, dont on a fait un si étrange abus : *Ubi stimulus, ibi fluxus*. L'exhalation gazeuse n'est qu'un résultat d'une sécrétion irritative de la muqueuse gastro-intestinale. Il y a *fluxion* d'abord, exhalation ensuite, de même que le mouvement fluxionnaire détermine des flux tantôt séreux, tantôt muqueux, tantôt sanguins de cette membrane. En un mot, les gaz ne sont qu'un produit de l'irritation. Et pour bien comprendre le sens que M. Baumès donne aux mots irritation et fluxion, je crois devoir citer le passage suivant de son ouvrage : « Par conséquent, si après avoir prouvé que « la production gazeuse (hors des cas, bien entendu, de digestion, de « déglutition de l'air, de gangrène, etc.), peut être le résultat d'un « simple mouvement fluxionnaire, de la *fluxion*, l'on prouve que ce « phénomène morbide se trouve aussi dans un très-grand nombre de « cas, sur le passage de l'état normal à l'inflammation aiguë ou chro- « nique, ou dans le début de cette inflammation, ou dans son retour « à l'état normal ; en un mot, que ce phénomène constitue un degré « dans la marche ascendante et descendante de l'inflammation ; on « sera en droit de conclure que ce phénomène morbide est un phéno- « mène d'*irritation*, sans qu'on puisse être accusé de donner à ce « mot une acception trop vague. (Loco cit., p. 108.) »

M. Baumès dit quelque part, dans cet ouvrage, que c'est un grand malheur, en pathologie, que de se payer de mots. Il a cent fois raison. J'admets l'analogie qu'il établit entre les flux séreux, muqueux, etc., et l'exhalation gazeuse; mais que ces sécrétions soient, pour les unes comme pour les autres, le résultat de l'irritation, voilà ce que je ne saurais admettre, à moins de donner au mot irritation un sens et une portée qu'ils n'ont pas dans le langage général. Qu'est-ce, par exemple, qu'une gastrorrhée qui ne se traduit que par une abondance extrême de liquide muqueux, qui ne donne lieu qu'à un état général de faiblesse ou d'atonie, où il n'y a ni douleur ni fièvre, où l'autopsie — M. Andral l'a prouvé—ne démontre aucune lésion appréciable de l'estomac, que les toniques, et surtout un vomitif, enlèvent comme par enchantement; une affection de cette nature, dis-je, peut-elle être rangée dans la classe des irritations? Eh bien ! l'exhalation gazeuse, dans une infinité de circonstances, se présente dans les mêmes conditions de production. L'es-

tomac exhale des gaz, mais il est si peu *irrité*, que les émollients, les antiphlogistiques, loin d'arrêter cette production de gaz, ne font que l'activer davantage, comme nous le verrons tout à l'heure.

Toutefois, il faut reconnaître avec M. Baumès que, de même que certains flux sont consécutifs à l'inflammation, que de même que la gastrite, la bronchite et la vaginite se terminent souvent par des gastrorrhées, des bronchorrhées et des leucorrhées, de même l'exhalation gazeuse peut être la terminaison d'une phlegmasie gastro-intestinale. Ces faits sont même assez communs. Mais, en dehors de ces circonstances et de celles où une altération organique quelconque siége dans le tube digestif, je ne puis voir dans la production gazeuse un phénomène d'irritation, phénomène qui cesserait par l'emploi des moyens qui devraient l'aggraver.

Quelle est donc la nature de ce phénomène, si ce n'est pas l'irritation? Eh, mon Dieu! il est plus simple de convenir de son ignorance, que d'élever des théories sur des causes dont il est impossible de démontrer la réalité. Pour mon compte, j'avoue sans répugnance que, peu satisfait des théories vicieuses des auteurs, j'ai vainement tenté de leur en substituer une qui fût l'expression plus évidente des faits. Il est incontestable que les gaz sont exhalés par la membrane muqueuse gastro-intestinale, que cette membrane doit être modifiée d'une certaine façon pour produire ces gaz: mais en quoi consiste cette modification? est-elle primitive, ou la conséquence d'un dérangement plus intime et plus profond de quelque grand système de l'économie? est-elle de nature sthénique ou asthénique? Je ne crois pas possible de résoudre ces problèmes dans l'état actuel des faits. Cependant, s'il était vrai que la tympanite stomacale essentielle fût plus fréquente dans les pays froids et humides, chez les buveurs de thé et de bière, qu'elle se développât souvent après des émotions morales tristes, et qu'elle fût surtout l'apanage des tempéraments faibles et nerveux, il en faudrait conclure que, sous l'influence de ces causes débilitantes, il serait bien difficile d'admettre la production d'un phénomène de nature sthénique.

De tout temps on a cherché à guérir cette affection incommode, pénible et qui rend la vie fort douloureuse aux personnes qui en sont atteintes. La thérapeutique médicale même est extrêmement riche en moyens de guérison, et la liste des médicaments dits carminatifs est extrêmement étendue. Je ne l'indiquerai pas ici, voulant me borner à dire quels sont ceux, quels sont les seuls qui m'aient rendu des services dans les cas où j'ai eu à donner des conseils pour cette maladie.

M. L..., négociant, de la rue des Blancs-Manteaux, âgé de quarante-deux ans, d'une constitution frêle et éminemment nerveuse, s'occupant

avec une grande ardeur des travaux de son négoce, n'ayant éprouvé d'autre maladie qu'une pneumonie, est néanmoins sujet à des migraines périodiques, une ou deux fois tous les mois. Ce n'est pas de cet accident qu'il se plaint le plus cependant, car ses migraines sont de courte durée; tandis que l'affection pour laquelle il demande mes conseils ne lui laisse que de courts instants de relâche, lui rend la vie incommode et le force à se séquestrer presque entièrement de la société. Depuis une dizaine d'années, et à la suite d'une émotion morale très-vive, il est tourmenté par les vents. Le jour de son mariage, son beau-père tomba mort à côté de lui en venant de signer l'acte à la mairie. Depuis ce jour, M. L... éprouve les accidents suivants: d'abord sensation d'un corps qui remonte de l'œsophage vers le pharynx, puis, par la contraction spasmodique de celui-ci, ce corps redescend en produisant un bruit de glouglou; cette sensation se répète plus ou moins fréquemment et a une durée variable. Peu à peu la région épigastrique se gonfle; un sentiment de pesanteur, puis de douleur s'y manifeste, et en même temps apparaissent, pour se prononcer de plus en plus, des phénomènes d'oppression, de dyspnée, d'étouffement et d'angoisses. Tantôt des éructations sonores et abondantes viennent terminer la scène, tantôt il sent et entend les gaz passer dans l'intestin grêle, suivre toutes les circonvolutions intestinales en déterminant des douleurs variables en intensité, et arriver au rectum d'où ils sont expulsés avec bruit. Ces accidents se répètent chez lui quelquefois deux et trois fois dans la journée, si bien que le malade me disait, peu académiquement, mais avec désespoir : « je passe ma vie à r... ou à p... » Du reste, qu'il ait mangé peu ou beaucoup, de quelque nature qu'aient été ses aliments, il n'a pas remarqué que ces circonstances aient aucune influence. Il n'en est pas de même, dit-il, des heures où il prend ses repas; si elles sont sensiblement plus éloignées que de coutume, les accidents sont plus graves et plus fréquents. Il en est de même s'il éprouve des contrariétés, des émotions morales, et surtout s'il veille au delà de certaines heures. Alors ses nuits sont horribles, et plusieurs fois les accidents ont été assez graves pour qu'on réclamât immédiatement les soins d'un homme de l'art.

M. L.... a consulté plusieurs médecins. L'un lui a parlé de gastrite chronique et l'a traité en conséquence; l'autre a vu là une gastralgie, et a conseillé les moyens appropriés. En dernier lieu, le malade a fait de l'homœopathie. Tout a été vain, il croit que les accidents augmentent d'intensité et de fréquence, et il en est vivement affecté.

L'examen du malade me donna la certitude qu'il n'existait aucune altération organique qui fût la cause des accidents. Le cas était embar-

rassant. Le malade avait vainement employé les moyens les plus divers, les antiphlogistiques et les toniques, les antispasmodiques et les émollients, les absorbants sous toutes les formes, les carminatifs de toute espèce. L'exhalation gazeuse si fréquente et si abondante n'était pas évidemment sous l'influence d'une cause matérielle appréciable; je ne voyais là qu'un trouble fonctionnel et vital que l'on pourrait faire cesser peut-être par quelque perturbation énergique, et, après quelques jours d'observation, je proposai à M. L..., qui l'accepta, d'essayer un vomitif.

Huit centigrammes de tartre stibié furent administrés et produisirent des vomissements bilieux très-abondants. Pendant huit jours, absence complète de tout accident. Le malade était ravi. Le neuvième jour, la *boule* gazeuse reparaît le soir, après une veillée plus prolongée qu'il ne fallait. Nuit fatigante, mais beaucoup moins douloureuse que précédemment ; le lendemain, mêmes accidents plus prononcés. Je conseillai de nouveau l'émétique qui, cette fois, fit justice complète de cette affection dont la durée datait de dix ans. Depuis dix-huit mois, M. L.... n'a pas vu reparaître ces accidents qui faisaient le tourment de sa vie.

J'ai employé le même traitement sur une jeune domestique de dix-sept ans, qui avait eu précédemment plusieurs attaques d'hystérie. Chez elle, les crampes d'estomac, que déterminait la présence des gaz, étaient si douloureuses, qu'elles produisaient quelquefois la syncope. L'émission des gaz était d'ailleurs chez elle très-difficile, et je l'attribue à ce sentiment de honte qu'elle éprouvait de se livrer à un pareil exercice. Un seul vomitif fit disparaître ces accidents.

Deux faits sont sans doute bien peu de chose pour instituer le traitement d'une maladie ; aussi n'ai-je pas cette prétention. Tout ce que j'en veux conclure, c'est qu'il est des cas de tympanite stomacale idiopathique qui résistent à tous les moyens qu'on emploie pour la combattre. Que le traitement, en apparence le plus rationnel, reste stérile, et que c'est dans ces cas surtout que le moyen qui m'a réussi peut être essayé sans inconvénient et sans danger. Qu'on lise dans les auteurs qui se sont occupés de pneumopathie, la série de moyens souvent ridicules, quelquefois dégoûtants, presque toujours inutiles, qui ont été tour à tour préconisés ; que l'on tienne compte surtout de la pénible existence à laquelle sont voués les individus en proie aux flatuosités, et l'on se trouvera excusable de chercher, en dehors des moyens connus, un adoucissement à de pareilles souffrances.

J'invoquerai d'ailleurs l'analogie dont je parlais tout à l'heure ; la gastrorrhée, l'embarras gastrique, la bronchorrbée même, sont rapidement enlevées par les vomitifs. Par quel mécanisme ? Nous l'ignorons,

car dire que c'est en changeant le mode de vitalité des tissus, explication banale dont on se sert à tout propos, c'est en vérité se contenter de peu de chose.

Je n'oserais pas affirmer assurément que personne, ayant moi, n'ait conseillé l'emploi des vomitifs dans la tympanite de l'estomac ; je connais trop bien les déceptions que se préparent les amateurs de priorité thérapeutique. Je dois dire cependant que je n'ai vu ce moyen indiqué dans aucun ouvrage moderne.

AMÉDÉE LATOUR.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'AMPUTATION ET LA RÉSECTION DE L'OS MAXILLAIRE INFÉRIEUR,

Par M. LISFRANC.

Les cas dans lesquels il faut pratiquer l'amputation et la résection de l'os maxillaire inférieur ne sont malheureusement pas rares ; il suffit, pour se convaincre de cette triste vérité, de suivre les hôpitaux de Paris, et surtout celui de la Pitié. Bien que nous nous soyons très-spécialement occupé, dans le premier volume de notre *Précis de médecine opératoire*, des causes des amputations, nous croyons devoir revenir ici sur un assez grand nombre de ces causes qui ne nous paraissent pas avoir été suffisamment étudiées. Trop souvent abandonnés, pour ainsi dire, à eux-mêmes, et plus souvent encore confiés aux soins empiriques et meurtriers des charlatans, les *cancers* des lèvres et des joues envahissent la mâchoire inférieure et exigent des opérations d'autant plus difficiles et périlleuses, qu'il faut ordinairement sacrifier une grande étendue des parties molles, et que les ganglions lymphatiques nombreux peuvent même être engorgés au loin.

Les kystes osseux indiqués par J. Hunter, et dont Bordenave semble s'être occupé, kystes sur lesquels Dupuytren a jeté de vives lumières, productions organiques accidentelles que M. Am. Forget a traitées avec un talent distingué dans sa thèse inaugurale, nécessitent très-souvent l'amputation de l'os maxillaire inférieur lorsqu'elles ne sont pas attaquées de bonne heure et victorieusement combattues par les moyens appropriés ; nous ne saurions donc trop les recommander à l'attention des praticiens.

Quant aux tumeurs charnues qu'offre l'os maxillaire inférieur, et qui exigent son amputation, on a exagéré en avançant qu'elles commencent toujours à se développer dans le canal dentaire inférieur : j'ai pratiqué fort souvent l'opération dont nous nous occupons ; l'anatomie pathologique m'a démontré que ces tumeurs étaient beaucoup plus communes, il est vrai, dans le conduit osseux, mais qu'elles siégeaient aussi à l'extérieur sur un assez grand nombre de sujets.

Dirai-je que lorsque ces tumeurs charnues prennent naissance dans le canal dentaire inférieur, ordinairement une dent devient douloureuse ; elle s'ébranle, on l'arrache, ou bien elle tombe spontanément pour ainsi dire; elle est bientôt remplacée dans son alvéole par des chairs qui font saillie à l'extérieur ; une ou plusieurs autres dents voisines éprouvent ensuite le même sort que la première. Les mêmes phénomènes se montrent dans les cavités où elles étaient implantées ; la tuméfaction de l'os augmente ; son tissu s'altère davantage, la maladie fait de rapides progrès ; l'amputation ou la résection de la mandibule est alors déjà devenue la seule ressource pour soustraire le sujet à un événement funeste. Aussitôt qu'apparaît l'état morbide dont nous venons de nous occuper, il faut sacrifier, suivant l'indication, un plus ou moins grand nombre de dents voisines de celle que la végétation charnue a chassée de son alvéole; il faut, avec la gouge et le maillet, creuser plus profondément jusque dans le canal dentaire, et s'assurer, avec un stylet recourbé, qu'on y est parvenu ; il faut attaquer la production organique accidentelle jusque dans ses derniers retranchements, et porter même ensuite le plus profondément possible dans la solution de continuité de l'os un cautère rougi à blanc et de forme convenable. Afin que la partie qu'on fera pénétrer dans le tissu de l'os contienne assez de calorique, il sera indispensable que ce cautère, en rondache, présente non loin du point qui doit cautériser un renflement destiné à conserver le degré de chaleur nécessaire à une cautérisation suffisante. On pourrait se servir d'une tenaille incisive comme celle que j'ai prié M. Charrière de nous faire. Avec cet instrument on embrasserait l'os assez profondément pour en enlever la partie sur laquelle la tumeur s'implante ; en procédant ainsi, j'ai réussi sur plusieurs sujets. M. Am. Forget indique une de mes observations dans sa thèse inaugurale déjà citée. Si le diamètre antéro-postérieur de la maladie était trop étendu, deux ou trois applications de l'instrument deviendraient nécessaires. Mais on a avancé que la tenaille incisive pouvait échouer chez les vieillards et même chez les adultes, à cause de la dureté de l'os ; qu'il pouvait aussi résulter de son emploi des félures s'étendant même au loin. J'ai tenté sur le cadavre un très-grand nombre d'essais, et je considère ces objec-

tions comme non avenues, à moins que l'opérateur n'ait un poignet trop faible. On a ajouté que les dents de la seconde dentition pouvaient faire échouer l'opération ; nous ne partageons pas cette opinion, car si l'instrument les saisit, il est facile de le dégager de la solution de continuité qu'il a déjà produite ; de le réappliquer un peu plus haut; d'emporter alors le tissu osseux au-dessus de ces dents; de les arracher ensuite, et puis d'appliquer la tenaille incisive à sa profondeur convenable. Ainsi, nous en convenons, le procédé opératoire est d'une plus longue exécution que si la complication dont nous traitons n'avait pas été rencontrée ; mais il est très-difficile de ne pas convenir aussi que ce procédé offre moins de longueur et plus de sûreté pour le malade que l'emploi de la gouge et du maillet.

Lorsque après la déperdition de substance que nous venons de faire éprouver à l'os la plaie s'est cicatrisée ; lorsque, d'ailleurs, un certain laps de temps s'est écoulé, cette déperdition de substance est ordinairement remplacée en quelque sorte par un tissu inodulaire fibreux dont la consistance est plus développée que celle des gencives. La difformité est donc moins grande que l'ont pensé les chirurgiens qui n'ont pas étudié ce point important d'anatomie pathologique.

S'agit-il des tumeurs charnues développées à l'extérieur du canal dentaire inférieur, nous ne parlerons pas des épulies simples que Pierre de Beyro traitait imprudemment avec l'acide nitrique, et que notre A. Paré extirpait pour en brûler ensuite la racine ; nous dirons seulement que ce fut à l'aide du bistouri et du cautère actuel, dont la supériorité est bien établie dans les prix de l'Académie, que Drouillard détruisit une tumeur volumineuse de cette nature, qui occupait le centre de la mâchoire. N'oubliez pas que si vous devez agir sur un espace assez limité, que si vous devez vous servir d'un cautère mince, il faudra qu'il offre le renflement déja plusieurs fois indiqué, et sur lequel nous avons beaucoup insisté en traitant des généralités ; car, sans cette condition, l'instrument, nous ne saurions trop le redire, ne conserverait pas le calorique nécessaire pour agir assez profondément. L'anatomie pathologique démontre que dans un très-grand nombre de cas les tumeurs dont nous nous occupons ne s'implantent pas seulement dans le périoste, mais encore à une certaine profondeur dans le tissu osseux très-souvent raréfié ; il est même des circonstances dans lesquelles tous les préceptes indiqués ayant été mis en usage, la maladie récidive : il est alors indispensable de recourir à la tenaille incisive que nous préférons, on le sait, à la gouge et au maillet.

Le séjour prolongé du pus dans les abcès résultant des fluxions, des caries dentaires, a peu d'inconvénients quand il s'agit de l'os maxillaire

supérieur. Ici, en effet, les matières purulentes, abandonnées à leur propre poids, tendent à s'éloigner du fond des alvéoles, à filer plus facilement le long du collet des dents, et à se faire jour inférieurement à travers le tissu gengival ; ici encore n'existe pas un canal dentaire. Mais a-t-on affaire à l'arcade dentaire inférieure, on rencontre des conditions essentiellement différentes de celles que nous venons d'énoncer ; la sécrétion de la membrane pyogénique croupit dans le fond alvéolaire, l'altère, le carie, ou la nécrose passe d'une cavité dans une autre, et peut s'étendre fort loin ; aussi le chirurgien inexpérimenté est-il trop souvent étonné de voir une grande étendue, et quelquefois même la totalité de la moitié des dents inférieures dépourvues de leurs principaux soutiens. Singulièrement ébranlées et devenues trop mobiles, ces dents se déchaussent et bientôt elles tombent ; il se développe fréquemment des fongosités fort graves qui, suivant les divers états qu'elles peuvent présenter, doivent être détruites le plus promptement possible à l'aide de l'un des moyens conseillés plus haut. Il faudra donc se hâter d'ouvrir les collections purulentes ; car si, comme l'observation l'a d'ailleurs malheureusement demontré, elles pénètrent dans le canal dentaire inférieur, elles peuvent y produire de très-grands ravages, parmi lesquels on compte aussi la tuméfaction de la mandibule, sa dégénérescence, sa nécrose et les fongus dont nous avons signalé les dangers.

Les fistules résultant de la carie dentaire, de l'inflammation du périoste alvéolaire, offrent encore moins de danger pour l'os maxillaire supérieur que pour l'inférieur ; elles peuvent bien, il est vrai, pénétrer dans le sinus maxillaire ; mais alors même l'état morbide est moins sérieux que si elles débouchent dans le canal dentaire.

L'inflammation du périoste alvéolaire peut être victorieusement combattue par les antiphlogistiques ou par les amers, et par l'iodure de potassium administré à l'intérieur. Il faut, d'ailleurs, dans tous les cas, conserver au pus l'issue la plus facile possible, et si ce trajet fistuleux siége surtout sur la mandibule, et qu'il persiste, il est prudent d'arracher la dent cariée. Disons, en passant, que l'élément inflammatoire ayant disparu sous l'influence des injections émollientes et des autres moyens appropriés, on guérit souvent les caries légères en injectant sur elles d'abord l'infusion, et ensuite la décoction de quinquina ; j'ai fréquemment obtenu des succès de ce genre ; je les citerai avec détail dans l'ouvrage que je publierai bientôt, et qui aura pour titre : *Chirurgie pratique faisant suite à la Clinique chirurgicale de l'Hôpital de la Pitié*. J'ai cru devoir insister un peu sur les états pathologiques dont je viens de m'occuper, puisque, par cela même qu'on les avait négligés ou qu'ils avaient été empiriquement traités, ils étaient devenus, à l'égard

de beaucoup de malades sur lesquels j'ai amputé la mâchoire, la cause incontestable des altérations organiques qui exigeaient le sacrifice d'une plus ou moins grande étendue de l'un des os maxillaires.

Passons à quelques considérations relatives à des modifications de l'opération et au pansement qu'il convient d'employer.

Vous avez enlevé une assez grande portion du centre du corps maxillaire inférieur ; les deux bouts osseux out déjà au moins de la tendance à se porter en dedans et en arrière ; si, pour rétrécir la plaie, pour mieux appliquer vos lambeaux, pour les empêcher d'être tiraillés, vous rapprochez ces deux bouts d'os ; si, étranger aux intentions que je viens d'indiquer, vous appliquez un bandage qui, jusqu'à un certain point, produit le même effet ; prenez-y garde, le sujet portera plus facilement sa langue dans le pharynx ; d'ailleurs, elle y sera refoulée, et, dans ce dernier cas, le malade éprouvera d'abord beaucoup de gêne dans la respiration, et ensuite l'asphyxie surviendra peut-être. M. Rigal a imaginé de tenir les deux moignons écartés l'un de l'autre, en plaçant entre eux un corps étranger, tel qu'une plaque ou un coin de plomb ou d'ivoire. J'ai très-souvent pratiqué l'opération dont nous nous occupons, et je n'ai jamais vu survenir l'accident dont il s'agit lorsqu'on n'a pas commis les fautes que j'ai indiquées. Je crois donc que le procédé du chirurgien distingué de Gaillac serait inutile ; je pense même qu'il pourrait produire dans les plaies une irritation dangereuse ; il ne serait pas, d'ailleurs, facile à fixer, surtout si les dents manquaient. Il suffit, pour obvier à cet accident, de passer à travers les muscles de la langue un fil double dont on fixe solidement les extrémités au dehors. De cette façon sa langue ne peut plus se porter en arrière.

Lorsqu'on pratique l'amputation d'une assez grande étendue du centre du corps de l'os maxillaire inférieur, les parties molles doivent ouvent être plus ou moins sacrifiées, l'état pathologique ne permettant pas de les conserver. Nous avons souvent enlevé tous les tissus s'étendant du bord libre de la lèvre inférieure au bord inférieur de la mandibule, à l'aide du procédé de M. Roux, de Saint-Maximin, et de la modification que nous avons apportée à ce procédé, applicable, d'ailleurs, quand le menton existe ; nous avons pris sur les régions latérales et antérieures du cou, après les avoir disséquées, des parties molles suffisantes pour réparer très-bien la déperdition de substance. Cette réparation est plus facile quand le centre de l'os manque, car, alors, la mâchoire a perdu son relief normal. Nous reviendrons sur ces préceptes. Mais, personne ne l'ignore, lorsque le chirurgien opère, il est guidé par l'idée de sacrifier les tissus dans la moins grande étendue possible ; il est des circonstances

dans lesquelles ce précepte peut faire commettre des fautes nulle part indiquées ; en voici un exemple : pendant que M. Serres, de Montpellier, était à Paris, je pratiquai sous ses yeux l'opération dont nous nous occupons. Je sciai l'os sur les points où il était sain et des deux côtés un peu au-devant des commissures labiales ; j'appliquai sur ces deux bouts les lambeaux disséqués au-dessous de la mâchoire et sur les parties latérales et antérieures du cou ; la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le muscle thoraco-facial les constituaient ; ils avaient les dimensions convenables ; j'eus recours à la suture entortillée ; mais bientôt les deux extrémités osseuses produisirent de la rougeur, des excoriations, des eschares sur les parties molles qui leur correspondaient ; ils les traversèrent, malgré toutes les précautions que nous mîmes en usage avant, pendant cet accident et même à son début ; il s'aggrava : la nécrose se montra, les perforations s'agrandirent ; des flots de salive s'écoulèrent à l'extérieur ; une grande faiblesse se développa ; l'appétit devint nul ; le sujet succomba. Depuis ce trop malheureux fait, j'ai toujours réséqué la mâchoire inférieure assez loin pour que les deux bouts ne correspondissent point à des parties molles, minces, et je n'ai pas eu à déplorer jusqu'aujourd'hui un seul événement funeste.

Pansement. On tord, et au besoin on lie les artères sous-mentales, sous-linguales, et fort rarement la ranine. Nous avons dit combien il est difficile d'employer la ligature ou la torsion quand il s'agit de la coronaire labiale ; répétons que la compression exercée avec les doigts arrête l'hémorrhagie. Mais il existe sur la partie antérieure de la base de la langue un grand nombre de petits vaisseaux souvent developpés insolitement par la maladie ; lorsque l'affection morbide s'étend jusqu'à eux, et que le bistouri les intéresse, ils peuvent fournir beaucoup de sang ; on parvient quelquefois assez difficilement à les tordre ou à bien les lier. Le sang continue-t-il de couler, on exerce la compression avec de l'agaric et le doigt indicateur appliqué sur le moyen hémostatique ; j'ai toujours ainsi, jusqu'aujourd'hui, réussi à l'arrêter ; je conçois néanmoins qu'on peut être forcé d'employer le cautère actuel. Assez ordinairement la solution de continuité représente un cône dont la petite extrémité plonge sur l'os hyoïde ; c'est là que siége presque constamment l'hémorrhagie ; c'est là qu'elle se montra chez le malade opéré par Dupuytren. Il y porta d'abord inutilement le feu ; le cautère, avant d'arriver sur la source du sang, était éteint par le liquide que laissait s'amasser dans une sorte d'impasse la disposition des tissus. Cet accident aurait déconcerté peut-être un chirurgien moins habile que Dupuytren, qui n'hésita pas à porter l'indicateur et le médius sur la base de la langue ; il la ramena en avant, et convertit ainsi

en une surface plane, facile à cautériser, l'extrémité conique de la plaie ; à l'instant même le sang cessa de couler. La partie de l'artère dentaire inférieure peut en fournir lorsqu'elle est divisée avec le canal qui la renferme. Un petit fausset en bois, ou bien un morceau de cire à mouler suffisent pour arrêter l'écoulement sanguin. J'ai vu quelques sujets chez lesquels, après le pausement, le sang était fourni en assez grande abondance par les petits vaisseaux situés sur la partie antérieure de la base de la langue. Cet écoulement sanguin devenant inquiétant, je fis appliquer sur son siége quelques plaques d'agaric convenablement taillées ; un aide exerça sur elles, pendant un quart d'heure, une compression assez légère et l'hémorrhagie cessa. Cet agaric a été enlevé tantôt le soir même du jour de l'opération, d'autresfois le lendemain.

On réunit par première intention ; on met en usage la suture entortillée dont nous avons, je crois, démontré la supériorité, contre l'opinion de Delpech, sur la suture à points séparés.

Lorsqu'on a réséqué une assez grande étendue du corps de l'os, qu'on a été obligé de réparer sur la face une large déperdition de substance, le diamètre antéro-postérieur de la bouche est souvent trop diminué et la langue, qui a ordinairement de la tendance à se porter en arrière, ne peut pas, dans ce cas, y être refoulée au début ; attirée en avant, elle vient s'appliquer sur la partie supérieure du bord inférieur de la plaie ; elle le déprime, et, sous ce rapport, elle fait perdre à l'opération un de ses grands avantages ; elle peut nuire, d'ailleurs, singulièrement à la cicatrisation de la solution de continuité sur la ligne médiane. Il faut nécessairement alors que la langue soit maintenue en haut à l'aide du lien qui est aussi destiné à l'empêcher de se porter en arrière. Lorsqu'on n'a plus rien à craindre de ce côté, que la lèvre artificielle est cicatrisée, que l'organe a contracté des adhérences nécessaires, on l'abandonne à lui-même. C'est un fait remarquable : il avait d'abord perdu en partie son droit de domicile dans la cavité buccale, plus tard il l'y reprend.

J'ai opéré un sujet auquel j'ai enlevé une grande étendue de l'arc maxillaire ; les chairs étaient malades au loin ; il fallut sacrifier la totalité de la lèvre inférieure. Le sujet guérit avec une bouche ronde, on eût dit celle d'un requin ; il ne perdait d'ailleurs pas de salive, quoique la partie inférieure de la face fût très-déprimée d'avant en arrière.

Il se développe quelquefois des angines à la suite de l'amputation, de la résection de la mandibule ; on doit les combattre par tout l'appareil des moyens antiphlogistiques, à moins que la faiblesse du sujet ne s'y oppose. On leur associe les révulsifs sur le canal intestinal, les dérivatifs, etc.

J'ai vu quelques sujets chez lesquels, sans qu'il se fût manifesté une

inflammation dans le pharynx ou dans le larynx, des mucosités filantes, ressemblant pour ainsi dire à de la glu, se formaient dans l'arrière-gorge; la respiration devient alors bruyante, et, si l'art ne vient pas promptement en aide au malade, il succombe bientôt asphyxié. Il faut garnir l'indicateur et souvent aussi en même temps le médius d'un linge mouillé à moitié usé; on porte rapidement ces doigts au-dessus du larynx et autour de lui; on les retire brusquement; ils entraînent avec eux ces muscosités. Il faut ordinairement recommencer cette manœuvre à deux ou trois reprises pour en débarrasser complétement le sujet, qu'on fait surveiller. Au besoin on répète, à des intervalles plus ou moins éloignés, la manœuvre que nous venons d'indiquer.

Les cicatrices se rompent quelquefois ou bien elles n'ont pas lieu dans une certaine étendue. En quelque endroit que cet accident survienne, il ne faut pas trop se hâter de recourir à une opération pour faire disparaître la difformité; car, très-souvent, la nature se suffit à elle-même pour y remédier complétement; j'en pourrais citer un grand nombre d'exemples. En voici un très-remarquable : J'avais réparé toutes les parties molles comprises entre le bord libre de la lèvre inférieure et le menton; la maladie s'étendant à quatre centimètres (un pouce et tiers) en dehors de la commissure droite, il fallut sacrifier une partie de la joue de ce côté. La réunion par première intention avait parfaitement réussi; mais ce succès était très-récent, le malade s'endormit et, bien qu'il portât une mentonnière, il bâilla en se réveillant : rupture de toute l'étendue de la cicatrice jusqu'à la bouche; hémorrhagie, qui était arrêtée par l'interne de garde lorsque j'arrivai à l'hôpital. Nous soutînmes les tissus à l'ordinaire; nous attendîmes, et, peu à peu, la cicatrisation, marchant d'arrière en avant, atteignit l'ouverture buccale par les seuls efforts de la nature.

Quand le bord libre du lambeau siége inférieurement, il n'est pas rare de voir la cicatrice manquer dans un ou plusieurs de ces points par où la salive s'écoule plus ou moins abondamment; s'il n'existe pas quelque déperdition de substance, ne vous alarmez pas; car j'ai toujours observé jusqu'aujourd'hui qu'une légère compression appliquée de bonne heure sur le trajet fistuleux le guérit, même promptement. Mais nous avions fait chez une malade un grand lambeau, il était très-mince à son centre et inférieurement, à cause du mauvais état des parties molles; il se gangréna en ce point. Heureusement l'eschare se borna bientôt. Il en résulta néanmoins une ouverture dans laquelle on pouvait engager le bout du doigt; nous attendîmes; elle diminua au moins d'un tiers. Cette diminution demeura stationnaire; nous opérâmes et nous eûmes recours à la suture entortillée. On comprend aisément que nous rafraîchîmes les

bords de la fistule et que, pour la fermer, nous fûmes obligé de disséquer la peau du cou dans une certaine étendue. Dès le second jour, les aiguilles avaient déjà déchiré les tissus qu'elles embrassaient; nous crûmes que nous allions entièrement échouer. Cependant les lèvres de la plaie n'étaient pas trop écartées; nous établîmes la compression. Un trajet fistuleux étroit exista; nous le cautérisâmes avec le nitrate d'argent fondu taillé en forme de crayon; nous comprimâmes alors plus spécialement encore. Peu de jours suffirent pour obtenir une complète guérison. Si les cicatrices étaient largement ou complétement détruites, le malade serait soumis à une grande perte de salive dont on connaît tous les inconvénients; il faudrait, sur-le-champ, employer le menton artificiel pourvu d'une éponge, et dont se servent avantageusement plusieurs de nos braves que j'ai vus aux Invalides.

Lorsque le boulet a enlevé la mâchoire dans une plus ou moins grande étendue, on est fréquemment obligé de réséquer les extrémités trop inégales des bouts des portions restantes des os; la même conduite peut être nécessaire pour les parties molles. Les succès obtenus dans les cas de ce genre par des chirurgiens militaires doivent engager à pratiquer l'opération, bien qu'il ne soit pas permis de faire des lambeaux ou qu'on ne puisse pas leur donner assez d'étendue: *melius est anceps experiri remedium quam nullum*. On peut souvent pratiquer avantageusement l'autoplastie, primitivement ou consécutivement.

Les anciens ont aperçu un phénomène très-remarquable que nous ne devons pas oublier ici. Lors même qu'on a enlevé la moitié de la mâchoire en désarticulant d'un côté, et surtout quand le centre en a été sacrifié, quoique dans une grande étendue, il se forme un tissu inodulaire fort large et très-épais; il sert ordinairement de point d'appui au moignon; il remplace, en quelque sorte, la portion d'os enlevée; il remédie ainsi beaucoup à la difformité; il rend la mastication moins difficile. Nous avons eu occasion de disséquer ce tissu sur des sujets morts plusieurs années après l'opération; nous l'avons trouvé fibreux.

Que deviennent les articulations temporo-maxillaires à la suite de la résection de la mâchoire inférieure? J'ai suivi un grand nombre de malades longtemps après qu'ils avaient été opérés. Si les deux bouts d'os s'étaient réunis entre eux, ces articulations conservaient leur état normal; dans les circonstances opposées, cet état subsistait souvent; mais j'ai vu quelquefois la luxation incomplète; je n'ai jamais rencontré la complète; je ne crois à sa possibilité que dans les cas où elle est produite par l'instrument vulnérant qui enlève une portion considérable de la mandibule.

Il serait inutile de recommander de mettre une mèche dans le point le

plus déclive de la solution de continuité, afin de faciliter l'écoulement du pus ; malgré toutes les précautions, cette mèche est ordinairement insuffisante ; il faut pratiquer fréquemment des injections dans la bouche pour la nettoyer et pour empêcher le malade de dégluter les matières de sécrétion de la plaie.

Nous ne plaçons pas de charpie dans l'intérieur de la bouche, elle aurait l'inconvénient de refouler les lambeaux en avant, les bouts d'os en dehors et la langue en arrière.

On fait boire le malade à l'aide d'un biberon à long bec en gomme élastique ; afin que la déglutition ait lieu avec le moins de mouvement et de douleur possible, on le porte profondément dans la bouche ; mais il ne doit jamais atteindre l'isthme du gosier, car il solliciterait les vomissements, dont personne n'ignore les inconvénients et même le danger.

Il ne sera pas inutile de s'occuper maintenant des phénomènes qui se montrent à la suite de la résection et de la désarticulation de la mâchoire d'un côté. L'un de mes meilleur sélèves, M. V. Baud, a été soumis à la résection et à la désarticulation de la moitié droite de la mâchoire inférieure. J'ai pratiqué cette opération le 10 janvier 1835, l'opéré partit de Paris le 10 février de la même année, douze jours après sa guérison. Je vais exposer ici les phénomènes très-remarquables que ce médecin instruit a observés sur lui-même depuis la dernière époque que je viens d'indiquer : quoique je les connusse déjà et que je les eusse observés avec lui, au moins pour la plupart, j'ai prié M. Baud, qui exerce maintenant avec distinction la médecine à Meudon et que je vois souvent, de me les fournir, afin que je pusse les consigner plus fidèlement dans cet ouvrage ; ces documents suffiront, je crois, aux chirurgiens pour leur donner une idée exacte de beaucoup d'accidents qui accompagnent la résection et la désarticulation d'un côté de l'os maxillaire inférieur. Voici la lettre que M. Baud m'a écrite :

« Lorsque je quittai Paris, le côté gauche de la figure était beaucoup plus volumineux que le droit, sur lequel avait porté l'opération ; cette différence de volume tenait moins à la perte de substance subie par ce dernier côté qu'à l'entraînement de la portion restante de l'os maxillaire qui n'obéissait plus qu'aux muscles siégeant à gauche : dans les mouvements de la mâchoire inférieure nécessités par la mastication, par le parler, le rire, etc., cet os, au lieu d'être porté directement de haut en bas, était très-obliquement attiré en bas et à gauche. Le même défaut d'action se faisait observer dans les muscles destinés à faire mouvoir l'aile du nez, la peau du menton et la commissure labiale du côté droit ; en un mot, il y avait paralysie complète du mouvement de toute la partie droite de la face.

« La paupière inférieure droite n'exécutant pas son mouvement d'ascension vers la supérieure, l'œil ne pouvait être, même pendant le sommeil, recouvert que dans l'étendue de ses deux tiers environ.

« La sensibilité des téguments était altérée, le toucher pratiqué sur toute la région faciale droite, à partir du bord inférieur de l'orbite jusqu'au sillon cervico-maxillaire, me donnait une sensation que je ne puis mieux comparer qu'à celle éprouvée par l'attouchement du velours; la sensibilité spéciale de l'œil était légèrement diminuée. Je n'ai rien remarqué du côté de la narine ni de l'oreille.

« Le sens du goût a été particulièrement altéré : un morceau de sucre placé entre la joue droite et la portion correspondante de la langue, me semblait parfaitement insipide; mais je percevais très-distinctement alors la sensation générale fournie par le corps dur et anguleux ; M. Lisfranc avait enlevé une partie assez étendue du nerf lingual avec la tumeur. Ce fait vient à l'appui de l'opinion des physiologistes, qui regardent la portion linguale de la cinquième paire comme le nerf spécial de la sensation du goût.

« L'œil droit était habituellement larmoyant; lorsque je me livrais à un exercice même léger, la joue droite se couvrait de sueur, comme si les sécrétions avaient acquis plus d'activité de ce côté.

« Un phénomène très-remarquable fut l'impassibilité absolue de la moitié droite de ma figure, quand quelque passion triste ou gaie venait se peindre sur ses traits; je ne riais et ne pleurais littéralement que du côté gauche ; le droit semblait alors une moitié de masque appliquée sur un visage pendant le jeu de la passion. Ce fait rentre parfaitement dans la théorie que Charles Bell a développée sur les fonctions de la cinquième paire de nerfs , théorie basée du reste sur des expériences qui ont une parfaite ressemblance avec celle que j'ai fournie. Le manque d'expression que je viens d'indiquer ne résultait pas seulement de l'immobilité des muscles, mais encore, si je puis m'exprimer ainsi, de la non-concordance de la circulation capillaire des téguments avec les sensations affectives ; quand ma joue gauche rougissait ou pâlissait sous l'influence d'émotions contraires, l'autre conservait une constante coloration d'un rouge bleuâtre ; cette coloration tenait sans doute à la gêne de la circulation veineuse. Si je n'exprimais plus de ce côté mes émotions, je dois dire qu'en échange ma joue droite semblait être devenue le siége de toute ma sensibilité affective ; j'éprouvais en elle seule le mouvement d'expansion de la joie, le mouvement de constriction de l'appréhension ; une peine subite me produisait dans la bouche et la langue une sensation absolument analogue à celle d'un acide; ce phénomène sera surtout compris de tous ceux qui portent de vastes cicatrices ; c'est une

sorte de transposition du cœur pris dans son acception de centre affectif.

« Onze années se sont écoulées depuis mon opération ; à peine me reste-t-il quelques traces des nombreuses lésions fonctionnelles que je viens de décrire ; le retour vers l'état normal s'est opéré graduellement, lentement, comme a dû sans doute se faire le travail d'organisation, de vivification des cicatrices nerveuses.

« La moitié gauche du maxillaire inférieur est continue par sa surface de section avec une forte et épaisse bande fibreuse développée à la place qu'occupait la moitié droite de cet os, et adhérente par son autre extrémité à la surface glénoïdienne du temporal. Cette moitié gauche de la mandibule se meut avec toute la régularité, je dirai même avec toute l'énergie de la mâchoire normale. La sensation tactile et celle spéciale de la langue sont à peu près ce qu'elles étaient avant mon opération. Il me reste encore quelque chose d'anormal dans la myotilité du côté droit de la face ; les mouvements des muscles de ce côté ne peuvent pas en quelque sorte s'isoler, se détailler comme à l'état normal ; ils semblent participer solidairement aux contractions que chacun d'eux doit subir séparément. Ainsi, quand je veux rapprocher l'une de l'autre les paupières de l'œil droit, je ne puis y parvenir qu'en tendant simultanément tous les muscles qui se rendent de la joue à l'aile du nez et à la commissure des lèvres, d'où résulte un mouvement souvent répété de cette joue, que l'on prendrait facilement pour un tic nerveux.

« Aujourd'hui même, et sans doute autant que dureront mes cicatrices, elles s'associeront à toutes mes impressions morales un peu vives ; j'y éprouve des sensations physiques variées analogues à celles que nous ressentons dans l'état normal vers le cœur.

« Pour pratiquer la longue et laborieuse dissection exigée par l'affreuse maladie dont j'étais affecté, M. Lisfranc s'est servi alternativement du bistouri et des ciseaux ; j'affirme, d'après la malheureuse expérience faite de l'action de ces deux instruments, qu'on s'est trompé lorsque, à l'occasion de l'opération du bec-de-lièvre, on a avancé que le dernier produisait moins de douleur que le premier ; celui-ci limite en quelque sorte la sensation douloureuse à la ligne qu'il suit dans les tissus; mais l'autre, au contraire, occasionne, à une grande distance du point où il agit, une sorte de frémissement beaucoup plus intolérable que la sensation déterminée sur le lieu où les tranchants agissent.

« La voix, la parole, la déglutition sont normales ; la mastication s'exécute parfaitement du côté opposé à l'opération...

« Signé : V. Baun, D. M. P. »

Les amputations ou les résections de la mâchoire dont nous venons

de traiter font déjà depuis longtemps partie du domaine de la médecine opératoire. J'en ai pratiqué soixante ; je n'ai perdu que six malades. Il est difficile de citer une autre grande opération qui compte des succès plus nombreux (1). J. Lisfranc.

De la prééminence des injections iodées sur les injections vineuses dans le traitement de l'hydrocèle.

(Suite et fin.)

Selon Boyer, l'injection par le vin réussit d'autant mieux, et la guérison est d'autant plus prompte (*Loc. cit.*, p. 218) que la tumeur est moins volumineuse. Lors donc qu'une hydrocèle est d'une grosseur énorme, il faut, avant d'entreprendre la cure radicale, pratiquer une ponction préliminaire, et attendre que la tumeur ait acquis le tiers ou la moitié du volume qu'elle présentait d'abord pour procéder à l'injection. Guidé par les précédents de l'injection iodée, j'ai procédé d'emblée à la cure radicale de l'hydrocèle de Barde, hydrocèle énorme, on se le rappelle, et le succès a couronné ma tentative. Avec l'iode on hésite donc moins, et on arrive plus vite et plus droit à la guérison.

En pratiquant la ponction évacuative sur le scrotum du sujet de la troisième observation, nous avons, avec la pointe du trocart, légèrement intéressé la surface du testicule ; un cri subit et l'écoulement de la sérosité, teinte de sang, l'ont suffisamment prouvé. Devions-nous nous en tenir ici à la cure palliative et renoncer à l'injection? Telle ne fut pas notre détermination. Outre que la plaie était superficielle, nous nous rappelions qu'il était arrivé à Boyer (*Loc. cit.*, p. 203) de plonger impunément le trocart assez avant dans le testicule, et que, sans plus de préjudice pour les malades, Dupuytren, et plus tard M. Roux (*Gaz. des Hôp.*, du 15 juin et, du 14 septembre 1844), n'avaient pas hésité, après des lésions pareilles de cette glande, à injecter du vin chaud dans la tunique vaginale. Pénétré d'ailleurs de la bénignité de la liqueur iodée, cet exemple nous séduisit, et au grand avantage du malade, nous continuâmes l'opération qui, précisément, devint celle où la guérison se fit le moins attendre. Quand l'hydrocèle est peu développée, et que l'engorgement du testicule est ainsi très-prononcé, il est un moyen d'éviter sûrement ces sortes de blessures. Ce moyen consiste à procéder à la ponction comme Dionis l'enseignait (*Cours*

(1) Cet article fera partie du prochain volume du *Précis de médecine opératoire* auquel travaille M. Lisfranc; nous le remercions de nous avoir communiqué son manuscrit. Cet ouvrage obtient le grand succès qu'il mérite. (*Note du Réd.*)

d'opér., p. 295, 8e édit.) : les bourses étant exactement tendues par un aide, le chirurgien prend une lancette de la main droite, enfonce sa pointe à la base de la tumeur jusqu'à ce qu'il voie sortir de la sérosité; puis, de la main gauche, il coule sur le plat de l'instrument un stylet très-fin dans la cavité du sac; il retire aussitôt la lancette, prend la canule du trocart qu'il conduit dans la plaie en passant le bout du stylet dans l'intérieur de la canule qui, glissant ainsi le long du stylet, entre très-facilement. La tige conductrice enlevée, la sérosité s'écoule, l'injection est ensuite poussée. Ce procédé se recommande trop de lui-même pour y insister davantage.

De nos quatre opérés, un seul a souffert et bien souffert de l'injection iodée qui, cependant, était loin de remplir la tunique vaginale. Les trois autres n'ont accusé aucune sensation pénible. La fièvre ne s'est montrée chez aucun. C'est pour ne l'avoir pas lu qu'on a fait dire à M. Velpeau qu'il n'y avait aucune douleur, aucune réaction après cette opération. A vrai dire, quelquefois il n'y en a point, ordinairement il y en a peu; il n'est pas sans exemple, mais il est rare qu'il y en ait beaucoup. Quelques individus sont venus se faire opérer à l'hôpital, dit M. Velpeau, pour regagner de suite après leur demeure, et ils ont bien guéri, entre autres, un charron qui n'a pas cessé de travailler. (Acad. de méd., séance citée.) On est sans doute éloigné de signaler cette conduite comme la meilleure, on constate seulement qu'elle a été possible. Avec l'iode, la douleur, quand elle se montre, demeure sans influence sur les chances de guérison, il n'en est pas de même avec le vin qui, pour réussir, doit provoquer de la souffrance. L'irritation, dit Boyer (*Loc. cit.*, p. 221), est suffisante lorsque le malade éprouve un sentiment de pression sur le testicule, une douleur *vive* sur le trajet du cordon et même quelquefois dans la région lombaire. Ainsi, nulle, exceptionnelle, sans but et sans portée dans le premier cas, la douleur est désirée, provoquée, indispensable dans le second. Quel contraste entre les deux méthodes!

Les hydrocèles que nous avons opérées dataient de quatre, six, quatorze mois, et six ans. L'un des malades de M. Velpeau (*Dict. de méd.*, t. XV, p. 480, 2e édit.) en était affecté depuis quinze ans, un autre depuis vingt-quatre ans. L'ancienneté des épanchements séreux de la tunique vaginale ne compromet donc pas la virtualité de l'injection iodée.

Un soluté de 8 grammes d'iode dans 95 grammes d'alcool à 34 degrés constitue la teinture d'iode du Codex; c'est cette préparation qu'on recommande, c'est elle qui nous a servi. Ce qui varie, ce n'est pas la composition de cette teinture, mais la quantité d'eau à laquelle il con-

vient de l'unir. Pour nous, dans l'hydrocèle démesurée de Barde, nous avons fait entrer la teinture pour un cinquième de l'eau distillée et pour un huitième seulement dans les trois autres. M. Velpeau, après l'avoir employée dans les proportions d'un huitième (*Bul. thérap.*, t. XII, p. 118), d'un cinquième, d'un quart, d'un tiers, de la moitié avec l'eau, ou même pure, paraît s'en tenir à un mélange par parties égales, se réservant de réduire le chiffre de la teinture quand les tissus ou les malades lui paraissent excitables. M. Bérard fait ses injections avec moitié eau, moitié teinture. M. Chassaignac en use de même (Acad. de méd., séance citée). Quoique cette dernière formule paraisse être la plus généralement suivie, rien ne paraît cependant définitivement fixé à ce sujet. Dans les faits qui nous sont propres, nous avons obtenu des succès rapides avec des proportions bien plus faibles. Cette diversité (1) des mélanges, qui en fin de compte ne compromet pas la guérison, ne contribue, ce me semble, qu'à rehausser la valeur du procédé. La pratique de M. Frike prouve néanmoins qu'il est des limites à respecter : ce chirurgien ne faisait intervenir la teinture d'iode qu'à la dose de 4 grammes sur 180 grammes d'eau ; aussi a-t-il complétement échoué (Académie de médecine, séance citée). Comme complément de précautions, nous avons choisi l'eau distillée pour menstrue ; moins minutieux, M. Velpeau se sert simplement d'eau commune. Notre teinture d'iode a été préparée le jour même de son emploi, elle précipitait abondamment dans l'eau. Cette circonstance est importante à noter, puisque M. Guibourt s'en est préoccupé. Récente, cette teinture est plus énergique, dit ce chimiste, parce que l'iode ne s'y trouve pour ainsi dire qu'en suspension ; ancienne, la dissolution est plus complète, mais son activité a baissé. A cela, M. Velpeau répond que cette préparation lui a donné des résultats satisfaisants, soit qu'elle lui parût nouvelle ou qu'elle fût ancienne, soit qu'il y eût au moment du mélange beaucoup ou point de précipité. Il devient donc superflu d'ajouter de l'iodure de potassium en vue de favoriser la solution de l'iode dans l'alcool, comme, après M. Pétrequin, M. Guibourt l'a proposé. La seringue est tachée, brunie par la matière injectée, c'est vrai ; mais doit-on s'en occuper, puisque cette seringue est d'étain, de la capacité seulement de 4 à 5 onces, et que celle qui sert aux injections de l'urètre suffit à tous les cas? Voici une objection inspirée par une bien aveugle partialité ; on a dit : la teinture d'iode entraîne à plus de dépense que le vin, elle est moins facile à trouver partout. Mais c'est le contraire qu'il faudrait soutenir. Pour l'injection vi-

(1) Le vin n'est point lui-même une liqueur normale : le crû, l'âge, l'année modifient à l'infini ses éléments et leurs proportions.

neuse, et avec les compresses imbibées de vin dont on se sert pendant six ou huit jours, il faudra, selon la remarque de M. Velpeau, deux ou trois bouteilles de vin, et si on y joint le charbon, le réchaud, tout cela ne dépassera-t-il pas le prix de quelques grammes de teinture d'iode? 16 grammes de ce produit m'ont le plus souvent suffi dans mes opérations d'hydrocèles; eh bien! veut-on savoir ce que coûte aujourd'hui, dans ma localité, une pareille quantité de teinture d'iode? *un franc vingt centimes!* Que de médicaments usuels sont plus chers et qu'on n'hésite cependant pas à se procurer chaque jour! On a enfin recouru à ce dernier échappatoire : l'iode est un poison; injecté dans la tunique vaginale, il est absorbé, va retentir sur les organes essentiels, et peut ainsi développer des accidents auxquels il est prudent de se soustraire. Sans parler des nôtres, des milliers de faits protestent contre de telles allégations. On cite des expériences sur les animaux, et, comme d'habitude, on en déduit nombre de conclusions fausses. Mais ce qui nuit à l'homme peut ne pas nuire aux animaux, et réciproquement. J'ai moi-même prouvé que l'opium, la morphine, loin d'intoxiquer les lapins, servaient à leur alimentation, favorisaient leur accroissement (Séance de l'Acad. des sciences, du 31 mars 1845). Admettons néanmoins la légitimité de ces expériences; mais oublie-t-on que dans celles-ci on prodiguait l'iode à pleines mains, tandis que dans le traitement de l'affection qui nous occupe, une faible quantité de cette substance suffit? Ce que M. Velpeau a seulement pu constater, c'est qu'après l'opération de l'hydrocèle on trouve de l'iode dans les urines le premier, le deuxième, le troisième, et très-rarement le quatrième jour, mais en quantité si minime qu'il est superflu de s'y arrêter.

Par excès de prudence, j'ai laissé la liqueur iodée séjourner cinq minutes dans la tunique vaginale; pour M. Velpeau, trente ou quarante secondes suffisent. Le précepte que nous avons cette fois suivi de conserver à demeure un quart ou le tiers de la matière injectée *froide*, explique la raison de la manière d'agir de ce professeur. J'ai, comme il le recommande encore, modérément distendu le kyste, ayant soin de malaxer, de secouer le scrotum avec les doigts pour que tous les points de la séreuse fussent mis en rapport avec le liquide.

J'ai parlé de compresses trempées dans une dissolution de 8 grammes d'hydrochlorate d'ammoniaque et 100 grammes d'eau simple, compresses qu'à partir du troisième jour, jusqu'à la fin du traitement, j'ai tenues appliquées sur le scrotum de mes opérés dans le but d'activer le travail de réaction. Cette précaution, M. Serre nous la recommandait en 1839, à l'hôpital Saint-Eloy; M. Sicard, chef de clinique de ce professeur, l'a consignée dans un excellent opuscule sur ce sujet. C'est parce que j'ai

vu guérir tous les malades affectés d'hydrocèle, qu'on avait soumis à ce pansement, que j'ai tenu à m'en servir dans ma pratique. M. Serre nous enseignait encore l'usage, sur la tumeur, de compresses trempées dans l'eau d'extrait de saturne au cas où l'inflammation du scrotum deviendrait trop violente. L'occasion d'en apprécier l'efficacité ne m'a heureusement jamais été fournie. On userait de celles-ci à froid, tandis que c'est à chaud qu'on applique celles-là.

Nos opérés ont vu leurs hydrocèles disparaître du douzième au trentième jour, dans la limite de temps que M. Velpeau a précisément signalée comme la plus générale, quoiqu'il lui ait fallu, dans quelques cas, attendre cinq semaines, et une fois même jusqu'à deux mois. Ce qui est au moins très-rare, c'est que les malades souffrent après le cinquième ou sixième jour. On est même parti de là pour dire que l'iode n'éveillant pas la sensibilité, on ne savait pas, comme avec le vin, si la maladie guérissait. Cette puérile imputation ne tombe-t-elle pas devant cette remarque que l'expérience m'a fournie? Lorsque la tumeur est devenue indolente, le chirurgien n'a qu'à saisir l'hydrocèle avec l'index et le pouce de la même main, à la manière d'un cercle, puis à exercer dessus une compression un peu forte : à l'instant même, des *pulsations* incommodes sont accusées au dedans du scrotum. Ce phénomène, si facile à constater, indique sûrement, pendant tout le laps de temps qu'on peut le provoquer, que le travail de résorption continue à se faire. Les doigts, ainsi appliqués, servent en outre de compas pour juger chaque jour des progrès de la guérison.

A une époque peu éloignée de la découverte des injections iodées, on faisait un précepte de favoriser la résolution en traitant l'hydrocèle avec les piqûres de lancette, comme on s'y prend pour l'orchite. J'ai vu M. Serrere courir à ces incisions que M. Velpeau, lui aussi, a préconisées; puis abandonnées ensuite comme superflues; la guérison se trouve cependant ainsi avancée de huit à dix jours. Il est certaines occasions où cette ressource deviendrait précieuse, mais pour les faits de pratique vulgaire, elle ne mérite pas qu'on s'y arrête.

Arrivons à l'importante question des récidives : on a prétendu que l'injection iodée guérissait moins sûrement l'hydrocèle ou s'opposait moins puissamment que le vin au retour de cette affection. Nos opérés ont guéri tous les quatre, l'épanchement ne s'est point depuis renouvelé chez eux. Mais que dit à cet égard la pratique d'autrui? M. Bérard a déclaré que sur trois cents opérations, il n'avait eu que trois récidives. M. Bonnet de Lyon soutient qu'il n'a vu qu'une récidive sur cent. M. Jobert (de Lamballe) n'en mentionne qu'une sur soixante, M. Pasquier fils n'en a pas vu une seule sur cinquante. M. Velpeau

n'a pas observé depuis quatre ans une seule rechute ; et si dans les premiers temps il a été témoin de quelques-unes, cela tenait sans doute à ce qu'il se pressait trop de réopérer ses malades. M. Laugier n'a constaté que des succès ; ce chirurgien s'exprime de même (Acad. de méd., séance citée). Un fait domine cette enquête, il y a eu des récidives. Qui donc s'en étonnerait? Est-il une méthode investie d'omnipotence, une médication infaillible? Les prétentions se réduisent et se sont toujours réduites à ceci : il n'y a pas plus, peut-être même y a-t-il moins de récidives après l'injection iodée qu'après l'injection vineuse. Les partisans les plus enthousiastes du vin avouent en effet cinq à six récidives sur cent, tandis que la pratique de MM. Bérard, Jobert (de Lamballe), Serre, Bonnet, Pasquier, Laugier, Chassaignac, tous chirurgiens désintéressés dans la question, j'omets à dessein le nom de M. Velpeau, révèle pour les rechutes à la suite des injections iodées un chiffre moins élevé. Cette proportion diminuerait encore si on se montrait moins impatient de réopérer, car l'état stationnaire de la tumeur n'empêche point la résolution de s'en emparer, même au bout de six à huit semaines. Pénétré de cette vérité acquise, M. Velpeau se garderait bien aujourd'hui de recommencer, comme il l'a fait autrefois (*Bul. thér.*, t. XII, p. 120), l'opération au bout de trente jours. Depuis qu'il s'est décidé à temporiser, à laisser aller ses malades, il les a tous vus guérir. On dit avoir fait disparaître pour toujours avec l'injection vineuse des hydrocèles préalablement opérées avec l'injection iodée ; soit. Mais le contraire s'est plus souvent rencontré. Ainsi, M. Godard a guéri définitivement avec l'iode, à l'hôpital militaire de Versailles, un malade opéré deux fois sans succès avec le vin. M. Velpeau n'a-t-il pas, pour sa part, réopéré et ainsi guéri douze malades dont les hydrocèles avaient résisté aux injections vineuses? Ce professeur cite en particulier trois individus opérés, l'un avec le vin, chez Dupuytren ; le second par l'incision, chez Sanson ; le troisième par les caustiques, à l'hôpital Saint-Louis, et que l'injection iodée a guéris radicalement avec la même simplicité que s'il se fût agi d'une hydrocèle ordinaire. Et puisque nous en sommes à récriminer, il est une accusation terrible contre le vin : c'est la mort qui a été quelquefois observée à la suite de ce mode d'opérer ; les auteurs en font foi, la pratique d'un chirurgien célèbre en offre même quatre exemples ; tout récemment, M. Lenoir a observé un cas pareil à l'hôpital Necker (Acad. de méd., séance citée). Quelque passion qu'on ait mise à vouloir trouver les injections iodées en défaut, on n'a pas jusqu'ici à leur reprocher d'aussi douloureux résultats. Est-ce à dire qu'on veuille les garantir à jamais de toute catastrophe? M. Velpeau, ni personne avec lui, n'élevera cette prétention, puisqu'il est avéré que la simple ponction palliative peut, chez quelques

malades à organisation viciée, entraîner de graves accidents, déterminer la mort même. Ce que l'on peut garantir, par exemple, c'est que les inflammations, les gangrènes des tissus du scrotum sont rares, si rares à la suite des injections iodées, qu'il ne s'en est pas encore produit de faits. Ces conséquences sont possibles, mais elles restent à vérifier. Et, qu'on le remarque, l'occasion de faire naître de telles complications est de tous les instants. C'est ainsi que M. Lenoir rapporte que, chez un homme de cinquante ans, tout le liquide iodé fut par mégarde, mais impunément, injecté dans le tissu cellulaire des bourses. A chaque opération que l'on tente n'est-il pas de règle de laisser une portion de la teinture d'iode dans le kyste, où on l'a même quelquefois abandonnée en entier? Si l'expérience avait démontré les dangers de cette conduite, comme elle l'a fait pour le vin, loin d'en user ainsi, on retirerait, comme on s'y applique à l'égard de ce dernier, jusqu'à la dernière goutte de la liqueur iodée.

Les injections vineuses n'étaient spécialement invoquées que dans la cure radicale de l'hydrocèle de la tunique vaginale. Boyer les conseillait, il est vrai, dans l'hydrocèle enkystée du cordon (*Loc. cit.*, p. 232), bien qu'elles ne réussissent pas aussi souvent que dans la précédente espèce; mais il en défendait l'usage dans le traitement de l'hydrocèle congéniale, ainsi que dans celui de l'hydrocèle qui se forme dans les vieux sacs herniaires (*Ibid.*, p. 229 et p. 237). La découverte des injections iodées a grandement élargi le champ de cette question chirurgicale. On n'hésite plus aujourd'hui; la pratique de M. Velpeau parle haut à ce sujet. Ce professeur a de cette sorte facilement guéri quatre enfants affectés d'hydrocèles congéniales; il a obtenu un succès analogue chez quatorze individus porteurs d'hydrocèles enkystées du cordon, il a triomphé non moins sûrement de quatre hydrocèles *dites de la femme*, ainsi que d'hydrocèles formées dans la cavité de vieux sacs herniaires clos et non clos. Pour ne pas sortir de ce qui a trait aux maladies du scrotum, nous dirons en terminant que les hématocèles purement liquides ont trouvé dans les injections iodées un modificateur puissant (Acad. de méd., séance citée).

Il est une considération irrésistible de logique; la voici :

Avec le vin, il est nécessaire de pratiquer au moins deux injections; il faut retirer avec soin, et à l'aide d'une pompe aspirante, le vin retenu dans la tunique vaginale; ce vin doit être à une température élevée; il faut ensuite appliquer sur le scrotum des compresses imbibées de ce liquide, etc. Avec l'iode on ne pratique qu'une seule injection, on la pratique à froid, on n'a pas besoin de précautions minutieuses pour retirer tout le liquide injecté, il faut au contraire en laisser une partie dans la

tunique vaginale; il n'y a pas de pansement, et, l'injection terminée, tout est terminé. On ne peut guère en vérité se faire l'idée d'une opération qui se réduise à moins que celle-ci.

Les succès sont au moins égaux des deux côtés.

La douleur est inévitable avec le vin, nulle ou accidentelle avec l'iode.

Les accidents sont graves, fréquents avec le premier, inconnus encore avec le second.

Le chirurgien et le malade trouvent souvent des mécomptes avec l'un; la vie du malade, la réputation du chirurgien ne sont jamais compromises avec l'autre.

Que les opiniâtres résistent! l'évidence l'emporte. Les injections iodées sont la méthode générale, les injections vineuses la méthode exceptionnelle. Celles-là, c'est le sulfate de quinine qu'on emploie d'emblée dans la fièvre intermittente; celles-ci, c'est le quinquina qu'on n'invoque plus qu'en désespoir de cause.

Dr G.-V. LAFARGUE,
de Saint-Emilion.

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOTE SUR L'EXTRACTION DE L'IODE DES BAINS IODURÉS.

M. Soubeiran résume ainsi dans le Journal de Pharmacie les différents procédés proposés pour l'extraction de l'iode des bains iodurés.

Le prix élevé de l'iode et des iodures a engagé plusieurs personnes à s'occuper de rechercher un moyen économique de retirer l'iode des bains iodurés et même de l'urine des malades soumis à l'usage de l'iodure de potassium à l'intérieur. Le rédacteur du Journal de Chimie médicale a même proposé une médaille d'argent à celui qui fournirait un procédé simple et facile. Diverses notes ont été publiées à ce sujet. Un sieur Paquereau prit, en 1842, un brevet d'invention applicable au traitement des eaux mères de varechs, et qui s'applique tout naturellement aux bains iodurés. Il fait verser dans ces eaux mères du sulfate de cuivre jusqu'à ce qu'il ne se forme plus de précipité, et il y ajoute du fer en grenailles. Il recueille le précipité et le mêle avec une solution de potasse à 5 degrés. Il prend la dissolution d'iodure potassique qui en résulte, et en sépare l'iode au moyen du chlorure. M. Soubeiran a formulé ainsi son opinion sur cette invention:

« En 1827 j'ai publié dans le *Journal de Pharmacie* un Mémoire

où j'ai proposé l'emploi du sulfate de cuivre et du fer pour le traitement des eaux mères des soudes de varechs ; c'est exactement la première partie du procédé breveté ; M. Liebig a amélioré le procédé en faisant agir simultanément le sulfate de cuivre et le sulfate de fer. L'iode mis à nu est repris par le sulfate de fer et précipité par le sulfate de cuivre à l'état de sous-iodure. Je n'ai pas conseillé la potasse pour traiter l'iodure de cuivre, mais l'acide sulfurique et le manganèse. Quant à l'emploi du chlore, il constitue évidemment le procédé de Barruel, actuellement en usage dans les fabriques d'iode. »

MM. Labiche et Chantrelle ont proposé à l'administration des hôpitaux d'extraire l'iode des bains iodurés de l'hôpital Saint-Louis. Leur procédé, qui a été publié déjà dans le Journal de Pharmacie, consiste à isoler l'iode par le chlorure et à le précipiter par l'amidon. L'iodure d'amidon est repris par l'acide sulfureux pour le changer en acide hydriodique. MM. Labiche et Chantrelle ont répété leur procédé à la Pharmacie centrale : ils ont reconnu eux-mêmes tous ses inconvénients. D'abord la précipitation exacte de l'iode par le chlorure est difficile à exécuter, puisqu'un excès de chlore fait perdre une partie du produit. D'autre part, l'emploi de l'acide sulfureux, à cause de son odeur suffocante, est d'une application pratique fort difficile. Ces messieurs ont eu alors recours à la calcination de l'iodure d'amidon, mais ils ont reconnu eux-mêmes que dans la pratique, sur de grandes quantités, on n'y trouverait pas avantage.

M. Legrip propose l'acétate de plomb qui réunit les conditions nécessaires, simplicité, facilité et économie. Il fait ajouter à l'eau des bains un léger excès d'acétate de plomb. Il lave l'iodure et le traite par l'acide sulfurique à une chaleur modérée. M. Harlay, pharmacien à Château-Thierry, recommande aussi l'acétate de plomb ; mais il propose de décomposer l'iodure plombique en le faisant bouillir avec du sulfate de fer. Il décompose ensuite l'iodure de fer par l'acide sulfurique et le peroxyde de manganèse.

M. Cottereau fils conseille aussi la précipitation par l'acétate de plomb, il recommande l'acétate basique pour que l'eau ne puisse redissoudre autant de précipité. Il propose de décomposer l'iodure de plomb par ébullition, soit avec du carbonate, soit avec du sulfate de potasse.

M. Righini emploie un procédé analogue, mais plus coûteux. Après avoir ajouté de l'hydrate d'oxyde de plomb aux liqueurs iodurées, il y verse de l'acide sulfurique dilué. L'iode séparé par l'acide se combine au plomb ; il se sépare un dépôt de sous-iodure et d'hydrate de protoxyde. M. Righini extrait l'iode de ce dépôt en le distillant avec de l'acide sulfurique concentré.

Dans un autre système, M. Righini fait un iodure ioduré de fer en ajoutant de la limaille de fer et de l'acide sulfurique dans l'eau des bains, puis il précipite l'iodure de fer par le sublimé corrosif. C'est à peu près ce qu'avait proposé M. Regnaud.

M. Regnaud, pharmacien à Châlons, veut aussi que l'on précipite l'iode par le sublimé corrosif, après avoir transformé en iodure de potassium tout l'iode libre ou l'iodure de fer contenu dans les bains. Il traite ensuite l'iodure de mercure par la potasse, et chauffe le tout au rouge pour volatiliser le mercure. Peu de personnes voudront essayer le procédé par le sel de mercure, bien assurés de n'y rencontrer ni simplicité, ni facilité, ni économie.

M. Soubeiran avait conseillé à l'administration des hôpitaux de Paris d'opérer par le sulfate de cuivre et de fer. Toute l'eau des baignoires aurait été envoyée dans une cuve placée en contre-bas. On y aurait ajouté la solution des deux sulfates. Le lendemain, on aurait fait sortir par une bonde toute l'eau surnageante, et on l'aurait remplacée par l'eau des bains du jour que l'on aurait précipitée à son tour. De loin en loin on aurait recueilli le dépôt d'iodure de cuivre, qui aurait été traité pour en extraire l'iode. Sa réussite était certaine; mais l'administration a reculé, pour le moment, devant les dépenses rendues nécessaires par la disposition des localités. Les baignoires de Saint-Louis sont placées dans des salles basses. Après avoir transporté les eaux des bains dans la cuve où elles auraient dû être précipitées, il eût été impossible de vider directement les résidus sur la voie publique ou dans un égout. Il aurait fallu les élever au moyen d'une pompe, travail assez considérable, si l'on réfléchit à l'énorme quantité d'eau fournie par les baignoires.

PROCÉDÉ POUR LA PRÉPARATION D'UN NOUVEAU SEL, LE SOUS-VALÉRIANATE DE BISMUTH.

M. Righini, auquel on doit la découverte de ce nouveau sel, décrit ainsi le procédé à l'aide duquel on peut l'obtenir. Selon lui, le valérianate de Bismuth convient dans les gastrodynies, les gastralgies chroniques, certaines névralgies et les palpitations nerveuses chroniques.

PR. : Bismuth purifié par la méthode de Sérullas. 165 grammes.

Acide azotique officinal à 36°. . . . . 4250 —
Eau distillée. . . . . 625 —

On opère le mélange de l'acide et de l'eau, puis on le fait chauffer dans une capsule de verre, et on y ajoute, par petites portions successives, le bismuth, préalablement réduit en petits morceaux, jusqu'à

ce que tout le métal soit dissous. On filtre alors la dissolution, et on instille dans la liqueur du valérianate de soude dissous dans l'eau distillée de valériane en quantité suffisante pour que la décomposition soit complète. On soumet le sous-valérianate formé à un lavage avec l'eau distillée à peine acidulée par l'acide valérianique, pour le priver de tout l'azotate sodique qu'il a pu retenir; on le dépose ensuite à l'étuve, et, lorsqu'il est parfaitement sec, on le réduit en poudre fine pour l'usage. Ce sel doit être conservé dans un flacon bien bouché et constamment tenu à l'abri du contact de la lumière.

FALSIFICATION DU SÉNÉ PAR LES FEUILLES DE L'AIRELLE.

M. Perdroni fils, se trouvant chez un droguiste au moment où l'on ouvrait une futaille de séné de Tripoli, expédiée de Marseille, a reconnu, parmi les feuilles de séné, des feuilles de l'airelle ponctuée (*vaccinium vitis idea* de Linné); ayant fait trier avec soin 500 grammes de ce prétendu séné, il a trouvé qu'il contenait pour 100 grammes : feuilles de séné 15 grammes; feuilles d'airelle 78 grammes; bûchettes et débris de bois 5 grammes; poussière et sable 2 grammes. Ainsi 100 parties de ce mélange contenaient donc 15 parties seulement de séné.

BIBLIOGRAPHIE.

Lettres de Gui Patin; nouvelle édition, augmentée des lettres inédites, précédée d'une notice biographique, avec des remarques scientifiques, historiques, philosophiques et littéraires, par J.-H. Reveillé-Parise, chevalier de la Légion-d'Honneur, membre de l'Académie de médecine, etc.; tome Ier, chez J.-B. Baillière.

Quel est le médecin assez peu lettré, assez peu instruit dans l'histoire de sa profession pour n'avoir jamais entendu parler des célèbres lettres de Gui Patin? quel est celui qui, les ayant lues, n'en a pas été charmé, soit par l'instruction profonde, soit par la variété des objets qu'on y trouve, soit enfin par le style âpre, mais vigoureux et passablement caustique de l'auteur? Nous ne faisons donc nulle difficulté d'en convenir avec l'éditeur, M. Baillière, « les lettres de Gui Patin sont de ces livres qui ne vieillissent jamais, et, quand on les a lues, on en conçoit aussitôt la raison... Tout à la fois érudites, spirituelles, savantes, pro-

fondes, enjouées, elles parlent de tout; hommes et choses, passions sociales et individuelles, mouvement des sciences et des lettres, révolutions politiques, événements importants, mœurs publiques, intrigues de cour et particulières, etc., tout y est mis en scène, pour ainsi dire, raconté d'une manière singulièrement vive, piquante, originale... Telle est l'opinion unanime des hommes célèbres qui en ont parlé... Les savants, les érudits, les médecins, les jurisconsultes, les gens de lettres, les historiens, les moralistes, les politiques, les hommes d'État, les philosophes, etc., y puisent largement et avec profit. C'est une mine des plus abondantes, une ample et riche matière pour les écrivains, les penseurs de tous les temps. » Cependant, où et comment se procurer ces lettres, qui jouissaient d'une si belle et si juste renommée? Et quand on est parvenu à se les procurer par hasard, on ne tarde guère à s'apercevoir que les éditions faites jadis sont imparfaites, tronquées, remplies de fautes grossières sous les rapports du français, du latin, de l'exactitude des dates, des noms des auteurs, des titres des livres, etc. Aussi, quel ennui, quelle impatience éprouve le lecteur en apercevant de telles taches, de telles ordures sur un fond si riche et si beau!

Heureusement qu'un moderne, instruit, judicieux, dont la plume est si bien connue, n'a pas craint d'entreprendre le rude et difficile labeur de publier une édition complète et épurée de ces lettres. Bien plus, à d'innombrables corrections du texte, il a ajouté son propre travail par des recherches, des faits, des réflexions, des additions, des explications, des anecdotes qu'on lit avec le plus vif intérêt. Cette édition, qu'à bon droit on peut dire *nouvelle*, car la dernière, incomplète et morcelée comme les autres, date de plus d'un siècle, contient, outre les lettres déjà connues, des lettres inédites, une longue et très-curieuse biographie de Gui Patin, par M. Reveillé-Parise, près de cinq cents notes du même auteur sur les sujets les plus variés, un magnifique portrait gravé sur acier, d'après le portrait original que possède la Faculté de médecine de Paris, enfin un *fac-simile* de l'écriture de Gui Patin ; écriture, pour le dire en passant, qui semble représenter matériellement et parfaitement le caractère énergique et vigoureusement trempé de l'auteur. On voit que rien n'a été épargné pour que cet ouvrage soit digne de sa célébrité et qu'il la soutienne avec honneur. Aussi cette belle édition obtient-elle un succès remarquable et légitime. Il n'est point de médecin instruit, jaloux de connaître, non-seulement l'histoire de la médecine à une certaine époque, mais les mouvements et les efforts de l'esprit humain pour avancer dans la voie du progrès, qui ne place cette édition dans sa bibliothèque. Quand l'ouvrage sera complet, nous nous proposons d'y revenir et d'en donner une idée plus complète, plus détaillée; peu de

livres sont, en effet, plus dignes d'exciter l'attention de la critique et du public.

Mélanges de chirurgie, ou Histoire médico-chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon, depuis sa fondation jusqu'à nos jours, avec l'Histoire spéciale de la syphilis dans cet établissement; et compte-rendu de la pratique chirurgicale de cet hôpital pendant six années; par J.-E. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. 1845.

En rendant compte dans ce Recueil, il y a deux ans à peine, du *Traité d'anatomie médico-chirurgicale* de M. Pétrequin, nous disions que ce chirurgien distingué avait réussi, par une excellente méthode, un style clair et précis, une érudition sobre et sévère, à donner de l'attrait à un sujet ingrat et difficile, que les explorateurs précédents avaient bien pu défricher, mais non aplanir et populariser. La nouvelle et importante publication que nous annonçons aujourd'hui a droit aux mêmes sympathies et au même succès que son aînée. Tout en présentant les mêmes qualités, l'auteur a surmonté des obstacles beaucoup plus grands avec un courage et une patience à toute épreuve, secondés merveilleusement par une profonde sagacité; dons rares et précieux, indispensables à quiconque veut écrire sérieusement, presque dédaignés par les écrivains *faciles* de nos jours, qui les regardent tout au plus comme utiles pour des bénédictins. Pour nous, qui croyons encore à la vieille maxime, que le temps détruit ce qui a été fait sans lui, nous sommes heureux de rendre justice à la manière vraiment remarquable dont le savant professeur de Lyon s'est acquitté de la rude et pénible tâche qu'il s'était très-volontairement imposée, et nous n'hésitons pas à placer ses *Mélanges* en tête des bonnes et nombreuses productions sorties de sa plume.

Les *Mélanges de chirurgie* se composent de deux parties bien distinctes, l'une purement *historique*, c'est à elle que s'appliquent surtout les lignes qui précèdent; l'autre, essentiellement *pratique*, très-remarquable aussi, mais qui n'est qu'un hors-d'œuvre, placé là on ne sait trop pourquoi, et dont nous ne pouvons expliquer la présence que par la modestie de l'auteur, qui n'a sans doute pas voulu livrer à la fois deux ouvrages à la publicité. C'est une délicatesse qui prouve que M. Pétrequin n'a jamais lu ni fait de romans, et qu'il n'a point voulu imiter certains médecins dont les ouvrages en souscription témoignent qu'ils s'occupent beaucoup plus de leurs intérêts que de ceux de leurs lecteurs. Dans la première partie de son livre, M. Pétrequin a voulu

suivre la médecine et la chirurgie à Lyon dans leurs vicissitudes à travers le moyen âge et la renaissance ; esquisser leurs rapports et leurs querelles, leur décadence et leur réhabilitation ; peindre, en un mot, la société scientifique de ces époques avec la législation et ses priviléges, ses coutumes et ses préjugés ; puis rechercher le rôle de l'Hôtel-Dieu dans le mouvement de l'art à Lyon et en France ; faire voir ses destinées liées à celles de la ville ; et complétant leur histoire l'une par l'autre, signaler la belle conduite des médecins et des chirurgiens dans des temps difficiles, et enfin faire connaître l'origine et les perfectionnements du *majorat*, cette belle institution qui a fourni à la chirurgie française tant d'hommes éminents. La seconde partie renferme le compte-rendu des opérations principales pratiquées, modifiées ou inventées pendant son aide-majorat à l'Hôtel-Dieu, c'est-à-dire pendant six années, de 1838 à 1844. Cette section du travail de M. Pétrequin a été très-bien appréciée par la plupart des organes de la presse médicale française et étrangère, tandis que, au contraire, la première a été à peine mentionnée par eux. Quoique nous regrettions cette inqualifiable préférence, nous ne devons point nous en étonner à une époque où l'histoire et la littérature médicales sont à peu près complétement oubliées, et cultivées seulement par quelques hommes d'élite. Le petit nombre de médecins qui admettent par tolérance l'histoire complète de l'art, ne veulent point comprendre l'utilité de s'enquérir en particulier de chacune des grandes époques qu'il a successivement traversées. Bordeu, qui était si compétent en pareille matière, comprenait mieux les intérêts de la science, lorsqu'il disait : « L'histoire de la médecine en France devrait contenir celle de tous les médecins connus dans ses différentes parties. Chaque province pourrait fournir une suite de grands hommes. » Ailleurs, en fait de science, il n'y a point d'histoires purement locales ; l'étude de la chirurgie d'un hôpital se rattache à l'état de la chirurgie de la ville dans laquelle il est établi, et celui-ci au mouvement général de l'art en France.

La médecine et la chirurgie lyonnaises ont joué un grand rôle presque à toutes les époques de leur histoire, et les diverses périodes qu'elles ont parcourues sont marquées par des noms dont le temps a consacré la célébrité. Ainsi, dès le treizième siècle, Lanfranc, déjà illustre, vient se réfugier à Lyon, à la suite des persécutions dirigées contre lui à Milan, sa patrie, par Matthias Visconti, pendant les troubles qu'excitaient les factions des guelfes et des gibelins. Au commencement du siècle suivant, Lyon posséda encore un homme d'un génie véritable, Guy de Chauliac, dont M. Pétrequin apprécie très-judicieusement le rôle, les ouvrages et les doctrines. Il s'efforça de ramener la pathologie à sa vé-

ritable forme, et de l'affranchir de l'empirisme de son temps ; là, les chevaliers teutoniques traitaient par des paroles magiques et des breuvages ; ici, la crédulité publique était exploitée par des femmes se disant inspirées. Il en fit justice. — Il s'adonna à l'art des opérations, dont les médecins contemporains avaient laissé l'ignorance et le charlatanisme s'emparer ; il éclaira la chirurgie par l'anatomie, et posa des indications spéciales ; il s'éleva contre les formules banales, et il comparait les chirurgiens routiniers à un artisan qui ferait toutes les chaussures sur le même modèle. Grand médecin lui-même, il sentit les inconvénients qu'entraînait la division de la science médicale en deux parties distinctes, et il conseilla d'en réunir l'étude. Il compare à un aveugle le chirurgien qui opère sans connaître la structure du corps humain : « car ainsy comme l'aveugle qui tranche le boys, souvent ou toujours erre en tranchant de icelluy plus ou moins qu'il ne doit, ainsi fait le chirurgien semblablement quand il ne sçait l'anatomie. »

Malgré les grands travaux de Guy de Chauliac, ce n'est que longtemps après lui, un siècle environ, que la chirurgie se régularise à Lyon, dont l'importance augmentait chaque jour. Cette ville était devenue la patrie adoptive d'une foule de familles italiennes que la guerre civile forçait de chercher un asile en France, qui, alors comme aujourd'hui, était la terre classique de l'hospitalité. Le commerce, les lettres et les sciences en faisaient un des rendez-vous les plus fréquentés de l'Europe. L'imprimerie y était florissante, et les collisions fréquentes de la France et de l'Italie faisaient de la vieille cité un passage continuel de troupes et d'étrangers. L'Hôtel-Dieu, comme on le pense bien, ne pouvait rester stationnaire au milieu de ce mouvement. Cette époque devint pour lui, comme pour la ville, féconde en événements ; le service chirurgical fut régulièrement organisé, l'administration renouvelée, l'enceinte agrandie et réparée ; on établit des registres d'inscriptions pour les malades, et on fonda un arsenal de chirurgie. Vers ce temps, l'institution du collége de chirurgie vint donner un nouvel essor à la médecine lyonnaise, et, parmi les adeptes de cette assemblée, on n'est pas peu étonné d'y trouver un écrivain célèbre, plus connu en littérature qu'en médecine, Rabelais, qui fut destitué de sa place de médecin de l'Hôtel-Dieu, « pour avoir apporté, dans l'exercice de ses fonctions, des habitudes incompatibles avec l'ordre d'une maison hospitalière. » Trois ans après le départ de cet homme singulier, l'infortuné Michel Servet paraît sur la scène lyonnaise, donne des notions distinctes sur la circulation pulmonaire, et devine l'hématose. Vers 1557, une maladie meurtrière sévissait à Lyon ; elle attira dans ses murs le

célèbre astrologue Michel Nostradamus, qui jouissait d'une grande réputation de médecin, à Aix en Provence.

Les bornes de cet article ne nous permettent pas de passer en revue tous les nombreux détails de l'*Histoire chirurgicale de l'Hôtel-Dieu* de Lyon, et le nom de tous ces hommes dévoués et peu connus, qui, sans doute, faisaient peu pour la science, mais beaucoup pour l'humanité. Leur historien a donné un noble et généreux exemple : oui, il est beau, quand on a déjà parcouru une brillante carrière, d'employer ses veilles à revendiquer une part de gloire et de justice pour des prédécesseurs obscurs qui avaient consacré leur vie au soulagement de leurs frères. « Dans les sciences comme la médecine, dit M. Pétrequin, où la vie se consume en actes de dévouement et d'humanité, les mentions de l'histoire sont souvent la seule justice rendue à l'homme de l'art ; aussi la biographie médicale, quand elle n'enseigne pas des découvertes, peut-elle encore servir à la fois de récompense au mérite et à la vertu, et d'exemple à la postérité ! »

Un mot maintenant sur les dernières pages qui terminent le livre si consciencieux du chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Elles sont consacrées, comme nous l'avons déjà dit, au compte-rendu de sa pratique pendant ses six mois d'aide-majorat. L'usage de ces comptes-rendus, tout à fait inconnu dans les hôpitaux de Paris, est usuel dans ceux de Lyon et obligatoire pour les chirurgiens. L'introduction de ces espèces d'inventaires scientifiques remonte à Marc-Antoine Petit, qui le premier, en 1799, rendit un compte public de sa pratique chirurgicale. Chacune de ces notices apporte son tribut, et forme, pour ainsi dire, les diverses parties d'un enseignement traditionnel. Leur ensemble donne la mesure du mouvement et l'expression des tendances de chaque ère et de chaque localité ; à la longue, elles constituent, par leur réunion, un dépôt précieux pour l'histoire de l'art. Le *compte-rendu* de M. Pétrequin est plein de faits intéressants, de vues nouvelles et d'excellents préceptes ; les praticiens le liront avec fruit, et le préféreront sans doute à l'*Histoire de l'Hôtel-Dieu de Lyon*. Quant à nous, nous persistons dans l'opinion contraire.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR L'ÉTAT ACTUEL DE L'HYDROPATHIE.

J'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt d'examiner ce qu'il est advenu de l'*hydropathie* depuis que vous m'avez permis d'en entretenir vos lecteurs (Voyez *Bull. thérap.*, mars, avril et mai de l'année 1843), et c'est l'objet

de cette lettre. C'est qu'en effet les établissements de ce genre paraissent vouloir se multiplier en France, pendant qu'un grand nombre d'entre eux se ferment en Allemagne où cette médication avait reçu une si large hospitalité. Græfemberg lui-même, Græfemberg, abandonné par Prienitz, aujourd'hui trois à quatre fois millionnaire; Græfemberg n'existe plus que de nom, et au lieu de quinze à dix-huit cents malades qui s'y rendaient de toutes les parties du monde, il y a quatre à cinq ans, c'est à peine si l'an dernier on en a compté de cent cinquante à deux cents. Et cependant Priesnitz avait apporté à ce qu'il nomme *sa méthode* d'importantes améliorations!.... à ce qu'il prétend. Il ne fait plus transpirer, ou du moins que très-peu, et c'est à peine si maintenant on reste une heure dans le maillot avec le drap mouillé..... *Mais les compresses imbibées d'eau froide ont doublé de grandeur!* Les innovations introduites ne se bornent pas là, et depuis un an, Prienitz a inventé pour ses malades le *bain d'air* (1). Ce bain, mon cher confrère, consiste à se promener *en costume de sauvage* de neuf à dix heures du matin, même lorsque pendant la nuit il a gelé à quatre ou cinq degrés, et cela après avoir reçu une douche de deux à trois minutes! On ne dit pas si les femmes se livrent aussi à ce genre d'exercice?

Mais d'où vient donc cette desertion? On en trouverait l'explication sans doute dans de nombreux insuccès, dans des rechutes plus nombreuses encore (car l'hydropathie, il faut le dire ici, ne procure que rarement des cures définitives (2); et puis encore dans quelques cas éclatants d'issue funeste à la suite d'applications intempestives de la méthode. On peut croire aussi que l'apparition d'un système rival a déplacé les malades que Prienitz traitait en vain depuis plusieurs années. Voici en effet que dans l'été de 1844, les *Annales de la Société de médecine de Gand* nous ont révélé l'existence de partisans d'idées bien différentes sur le traitement de toutes les maladies; bien différentes, puisqu'au lieu d'abreuver outre mesure leurs malades, ils les privent de toute boisson pendant quatre, cinq et même huit jours. L'établissement où s'opèrent, dit-on, à l'aide de cette méthode, des cures merveilleuses, est situé dans la délicieuse vallée Lindiviene, à la distance d'une lieue seulement de celui de Prienitz. C'est un nommé Schrott qui est l'inventeur de cette méthode qu'on prétend nouvelle, ce dont pour notre compte nous ne voudrions pas jurer. Le rival de Prienitz, car c'est ainsi que se pose ce nouvel inspiré, résume son système en ce peu de mots: « Si vous voulez que les humeurs morbides sortent du corps, empêchez d'abord que d'autres n'y viennent, puis favorisez l'élimination de « celles qui s'y trouvent. » Et c'est pour atteindre ce résultat que Schrott vous permet d'uriner, mais vous empêche de boire... par la bouche du moins. En effet, comme il faut, bon gré mal gré, fournir des éléments à la sécrétion urinaire, l'ancien élève de Prienitz enveloppe aussi ses malades de trois chemises mouillées, et en passant de la peau à la vessie, l'eau entraîne avec elle les *humeurs peccantes*, etc., etc. J'aime mieux le médicastre

(1) Nous lisons ces curieux détails dans une lettre écrite de Græfemberg même (en date du 16 avril 1845), par un malade qui avait quitté les Thermes pour y aller chercher une guérison qu'il n'avait pas trouvée dans ce dernier établissement. Nous ignorons s'il a été plus heureux en Silésie.

(2) Ainsi une dame *goutteuse*, que nous avions citée comme ayant obtenu dans son état une amélioration considérable, est aujourd'hui dans les mêmes conditions que celles où elle se trouvait avant de faire de l'hydropathie!

de Græfemberg ; il ne fera jamais, lui, que des *hydrophiles*, ce qui me paraît sans inconvénient; tandis que la *dipsopathie* (c'est le nom qu'on donne à la nouvelle méthode) pourra bien engendrer des *hydrophobes*, mais des hydrophobes pour de vrai !

Ne pouvons-nous donc pas nous exclamer avec Jean Raimond (*Gaz. des Hôp.*) : « Où allons-nous, mon cher confrère?... où allons-nous et que devenons-nous? »

Ainsi que nous l'avons dit au début de cette lettre, toutes ces circonstances, assez fâcheuses pour l'hydropathie, n'empêchent cependant pas la création de nouveaux établissements de ce genre en France. Il en existe déjà depuis quelques années un à Pont-à-Mousson (1) ; un autre a été créé dans les environs de Strasbourg, sous les auspices de M. Scoutetten, auquel on doit un ouvrage considérable sur la matière, écrit dans un esprit enthousiaste qui lui ôte énormément de sa valeur. M. le docteur Gillebert-Dhercourt (2) a aussi fondé un établissement du même genre dans les environs de Nancy (*Campagne du Sapin*) ; il paraît réunir toutes les conditions les plus favorables pour l'application de la méthode. A l'époque de mes publications, il n'y avait, vous vous le rappelez, mon cher confrère, que l'établissement des Thernes, assez mal tenu et assez mal dirigé, et n'ayant à sa disposition (condition la plus fâcheuse!) que les eaux crues et calcaires du bassin de Paris. Depuis, deux autres établissements du même genre ont surgi, l'un situé à Auteuil, et l'autre à Neuilly. Le premier manque d'espace ; le second, dirigé pour la partie médicale par M. le docteur Pigeaire, et pour la partie économique par Mme Pigeaire, ce qui en assure l'ordre et la moralité, réunirait toutes les conditions désirables, si l'eau fournie par la Seine qui est voisine n'était pas trop chaude en été et trop froide en hiver. Nous ajouterons que tous les appareils d'application y sont parfaitement appropriés aux exigences de la méthode. Enfin, un quatrième établissement hydropathique vient d'être ouvert à Bellevue. Il est sous la direction de M. Wertheim, dont nous avons eu, dans nos publications antérieures, plusieurs fois l'occasion de citer le nom, tant il se rattache à l'introduction de l'hydropathie en France.

Maintenant, nous nous demandons si les succès plus ou moins contestables obtenus par cette méthode, si des cures d'une valeur bien réelle et assez nombreuses, peuvent motiver cet accroissement des établissements hydropathiques; pour notre compte, et vu ce que nous en savons, nous en doutons beaucoup. Quelques faits qui sont venus à notre connaissance, et que nous allons relater ici, vous feront probablement, mon cher confrère, partager ce doute.

Nous vous parlerons d'abord de la mort de sir Francis Burdett, rapportée

(1) M. le docteur A. Trifet, qui a publié un *Exposé de l'hydrothérapie* (brochure in-8, 1844), s'exprime ainsi au sujet de ce médecin qu'il ne nomme pas : L'hydrothérapie s'établit dès 1841 aux Néothermes, sous la direction d'un médecin de la Faculté de Montpellier; mais de l'aveu de ce dernier, les succès ne furent pas brillants, parce que, dit-il, *on y manquait d'eau convenable, d'air pur et frais, et d'espace pour la promenade.* N'est-ce pas là la meilleure critique qu'on puisse faire des établissements créés dans Paris ou même aux portes de cette ville?

(2) Ce médecin, avec lequel je suis dans d'excellents rapports, a publié un bon exposé de la méthode de Prienitz (brochure in-8, Paris, 1846); mais comme tous ses prédécesseurs, il a trop de foi, ce qui me fait craindre pour lui dans l'avenir de rudes désappointements.

dans les termes suivants par le *Times* et par le *Journal des Débats* (27 et 30 janv. 1844) : « Il paraît positif que sir Francis Burdett est mort victime du « traitement hydropathique. Depuis le 8 octobre 1843, il s'était mis sous la « sauvegarde d'un hydropathe, à Londres. Ce docteur lui avait persuadé qu'en « adoptant ce traitement il ne souffrirait plus de la goutte. Depuis lors, sir « Francis Burdett eut sans cesse recours au traitement par l'eau froide. Lors- « qu'il perdit lady Burdett, il déclara que sa femme était morte pour n'avoir « pas voulu se faire traiter par son docteur. Dans sa dernière maladie, sa fille « ne voulut pas qu'il continuât le traitement sans le concours d'un médecin « éclairé. Telle avait été la confiance de sir Francis Burdett dans l'hydropa- « thie, *qu'il ne montait à cheval qu'enveloppé de serviettes mouillées.* » Nous devons signaler, de notre côté, la mort d'un chef de bataillon d'état-major (M. Pataud), dont nous avons constaté le décès peu de temps après sa sortie de l'établissement des Thernes, et que ses amis s'accordaient tous à considérer comme une victime de son enthousiasme pour l'hydropathie. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'entré aux Thernes pour une encéphalite chronique, on lui a en vain opposé la méthode de Prienitz, puisqu'il paraît avoir succombé aux ravages de cette même maladie, qui prit tout à coup une forme aiguë. Quelque chose d'analogue paraît être arrivé pour M. Magnus, chef d'orchestre, je crois, dans un de nos théâtres de Paris, et qui est allé mourir chez lui, *après avoir célébré sa guérison* par une fête qu'il donna sur les lieux où il croyait l'avoir obtenue! Ces tristes faits, mon cher confrère, ne nous en rappellent-ils pas d'autres analogues, dont nos hôpitaux sont quelquefois les théâtres? Ne nous rappellent-ils pas ces cures fastueusement annoncées, et que la mort arrivée ensuite aux domiciles des malades vient démentir? Et c'est ainsi que, oublieux de la dignité de leur profession, du respect qu'on doit toujours à la vérité, on voit des médecins, en bien petit nombre heureusement, consigner dans les annales de la science des faits qui, sans doute, servent leurs intérêts, mais compromettent ceux bien plus sacrés de notre art.

Nous devons encore inscrire ici un fait qui nous est presque personnel et qui prouve que, quoi qu'on en ait écrit et dit, l'hydropathie peut être fort dangereuse. Il s'agit d'une dame de la province, qui souffrait depuis longtemps d'une névralgie qui avait son siége principal dans l'estomac, avec réaction sur le cerveau. Comme nous supposions une cause rhumatismale, nous avions conseillé, indépendamment d'autres moyens, les bains de vapeur russes; ils ne procurèrent qu'une légère amélioration, et la malade se plaça aux Thernes. Elle fut obligée d'en sortir après un séjour de quatre mois environ sans avoir obtenu aucun soulagement, et dans un état d'amaigrissement et de faiblesse qui pouvait faire craindre quelque catastrophe, si cette dame n'avait pas su résister aux sollicitations des enthousiastes qui voulaient qu'elle continuât un traitement qui lui était cependant si préjudiciable. — Le fait suivant, qui nous a été communiqué par un jeune médecin, chez lequel l'honneur et la science sont des biens de famille, M. Guéneau de Mussy, prouve que cette même méthode a ses dangers immédiats. Il s'agit d'un goutteux, qui, après avoir épuisé toutes les ressources *ordinaires* et *extraordinaires* de la médecine, voulut essayer de l'hydropathie et alla, dans ce but, à Mariemberg. Il fut traité par le maillot, suivi de bain froid par immersion. Soit que celui-ci eût été trop prolongé, soit que le malade se trouvât dans de mauvaises conditions, toujours est-il qu'une fois à

la sortie du bain il fut pris d'un frisson, puis d'un point de côté qui fut bientôt suivi de toux et d'expectoration sanguinolente. Le médecin qui dirige l'établissement de Mariemberg, dans son aveugle enthousiasme, voulait continuer la même médication, prétendant qu'à l'exemple de la lance d'Achille, elle guérirait le mal qu'elle avait fait. Mais la femme du malade, mieux avisée à notre sens, voulut que son mari fût deux fois largement saigné; ce qui fit tout rentrer dans l'ordre.

Enregistrons encore ici trois faits dont nous devons la connaissance à l'obligeance de M. Henry aîné. — Il confia, en juillet 1843, trois malades au fondateur d'un des établissements hydropathiques les plus récemment établis dans les environs de Paris. — Le premier malade obtint une amélioration très-marquée. C'était un monsieur M***, ami de M. le docteur Bégin, et qui était tourmenté par un état congestif ancien du cerveau, avec étourdissements, bourdonnements dans les oreilles, sonnements continuels de cloches, etc. On le voit, c'était un cas fort analogue à celui du commandant Pataud, dont nous avons parlé plus haut; mais ce ne fut plus la même direction médicale. — Le second cas est fourni par une dame atteinte de névralgie faciale, qui avait résisté à tous les moyens médicaux (1) imaginables, au massage, à l'homœopathie, au magnétisme, à l'acupuncture, à l'électricité, etc. Elle obtint d'abord une légère amélioration par l'hydropathie, puis, après quinze jours environ de traitement, elle commença à en éprouver des effets défavorables. — Il en fut de même pour la troisième personne. C'était une dame atteinte d'un rhumatisme erratique, mais ayant cependant son siége principal dans les cuisses. L'hydropathie ne lui donna aucun soulagement, et le maillot lui procura un peu de congestion vers la tête; en outre, ce qui pouvait être plus fâcheux, les compresses d'eau froide sur les cuisses empêchèrent une fois la menstruation. Il faut ajouter que cette même dame était sujette à une constipation opiniâtre, qui fut d'abord vaincue par l'eau froide; mais ce bon effet ne se soutint que quinze jours. — Par contre, M. le docteur Bosteels, de la ville de Lebbeke, a fait une application heureuse de l'emploi de *l'eau froide* pour tout médicament, comme unique tisane, et bue en grandes quantités à de courts intervalles, dans un cas de diarrhée qui avait résisté à plusieurs médicaments recommandés dans pareille circonstance. (*Gaz. des Hôp.*, 1845, nº 57.)

On pourrait penser, d'après tout ce qui précède, mon cher confrère, que nous sommes aujourd'hui animés contre l'hydropathie d'un plus grand esprit d'hostilité qu'il y a deux ans. Nous répondrons à cette accusation peu fondée, par ce seul fait : c'est que nous venons, tout dernièrement, de conseiller ce traitement à un de nos confrères qui a déjà eu des atteintes marquées de myélite. Nous l'y avons encouragé en lui citant le beau succès obtenu chez M. Martin Paschoud, succès qu'on dit aujourd'hui complet. Mais si, à l'exemple de M. Gillebert-Dhercourt, nous admettons, nous approuvons une *hydropathie rationnelle*, nous croyons de notre devoir de stigmatiser une *hydropathie excentrique*, ainsi que la désigne cet honnête praticien, parce que c'est celle-là seule que vantent certains industriels qui n'ont du médecin que le titre. Que dire d'un d'entre eux qui promet de guérir en deux mois

(1) Disons en passant, puisqu'il est question de médecine excentrique, que cette dame avait été débarrassée pendant six semaines de sa névralgie par l'usage d'un collier d'ambre.

un vieillard atteint d'emphysème pulmonaire ?... que c'est un fourbe ou un ignorant! Que dire des écrits *anonymes* (1) de ce même hydropathe, alors qu'il les termine par la tirade suivante :

« Pour l'observateur judicieux, la doctrine de Prienitz représente donc non-« seulement cette réforme prédite et appelée par un grand nombre de pra-« ticiens, mais constitue cette régénération de l'espèce humaine devenue indis-« pensable comme correctif des maux de tout genre amassés sur nous par une « série d'*errements*, de *travers* et de *divagations scientifiques* qui nous ont « insensiblement conduits à méconnaître, blâmer ou mépriser tout ce qui est « d'ordre naturel, *utile* et *bienfaisant*, pour n'estimer que ce qui est *recherché* « et *artificiel*..... Ainsi se justifierait en tous points le saillant de cette pen-« sée religieuse et philosophique : *Que c'est de l'excès du mal que la Provi-« dence, dans son immuable sagesse, fait naître le bien, tandis que c'est par « l'excès du bien que l'homme produit le mal.* »

Et toutes ces cures, dont plusieurs sont mensongères, ainsi que nous venons de le démontrer plus haut, dont le plus grand nombre n'ont été que momentanées et les prospectus qui les énumèrent et les livres qui les relatent, sans qu'elles soient revêtues de ce cachet scientifique qui fait que le médecin qui les lit prend confiance dans la méthode qui les a fait obtenir, toutes ces publications, dis-je, ne rappellent-elles pas celles si honteuses de M. le docteur *Biffteck, et celles encore de l'inventeur de la médecine chimique*, le premier annonçant dans un de ses écrits, répandus à profusion, la guérison de Paganini qui, un mois plus tard, expirait à Florence d'une de ces maladies (*phthisie laryngée*) contre lesquelles notre art est presque toujours impuissant; le second donnant impudemment l'adresse, comme un exemple d'une de ses victoires, d'une pauvre femme que nous avions en vain traitée d'un cancer à l'utérus, qui l'avait fait succomber à l'hôpital Saint-Antoine en sortant de ses mains?

Que dire de toutes ces ignominies, mon cher confrère? En gémir sans doute; mais ne faut-il pas aussi, de temps en temps, les signaler au bon sens public, qui un jour en fera justice, et attendre qu'une bonne loi sur l'instruction et l'exercice de la médecine relève notre profession au rang qu'elle doit occuper, et permette enfin aux tribunaux de punir certains faits...; de les punir sévèrement, et non pas comme ils viennent de faire à propos de la *médecine camphrée!*

A. Legrand.

Note du Rédacteur. C'est contre les exploitateurs, contre les charlatans que sont uniquement dirigées, nous le pensons, les récriminations de M. Legrand ; nous ne les admettons qu'à ce titre. Comme lui, nous réprouvons toutes les exagérations, toutes les excentricités de l'industrialisme. Mais l'hydropathie *rationnelle*, comme il l'appelle, qui n'est pas, du reste, encore une méthode faite, et qui réclame, selon nous, de nouvelles et plus profondes études, constitue un moyen puissant de modification physiologique dont on a dû et dont on doit tirer

(1) C'est par la poste que j'ai reçu cette espèce de factum que j'aurais voulu pouvoir transcrire ici en entier, et qui nous paraît n'avoir été conçu que dans le but de répondre à nos publications sur la matière, sans que ce but ait été le moins du monde atteint.

un bon parti en thérapeutique, quand il est manié avec intelligence et sagesse. Des hommes de talent et de grand sens, et nullement enthousiastes, ajoutent, d'après leur expérience, une grande foi à la valeur de l'hydropathie. N'aurions-nous parmi les médecins qui pensent ainsi que nos amis, M. Bonnet, de Lyon et M. Cuvier, de Bruxelles, que ce serait pour nous un motif suffisant de réserver notre opinion, d'observer et d'attendre.

SUR DEUX CAS EXCEPTIONNELS OU LA LITHOTRITIE A PARFAITEMENT RÉUSSI.

Je reconnais avec tous les médecins qu'il est bon, qu'il est utile, qu'il est souvent indispensable d'obéir aux règles établies par la science ; pour mon compte, je ne m'en écarte que dans les cas exceptionnels, là où une décision spéciale est à prendre par l'opérateur ; il faut souvent dans ces cas courir une chance pour arriver au succès ; et, quelque prudence que professe le chirurgien, il est de son devoir d'agir ainsi.

J'ai été consulté, il y a quelques mois, par M. Moller, directeur des postes à Ystad, à 125 lieues de Stockholm. Agé de quarante-cinq ans, d'une constitution forte, mais excessivement irritable, il éprouvait depuis longtemps des symptômes de la pierre dans la vessie, mais il avait été impossible de s'assurer jamais de la présence du corps étranger; il avait constamment refusé de se soumettre à l'exploration de la vessie. Aussitôt qu'on présentait la sonde à l'orifice de l'urètre, il n'était pas maître de lui, il éprouvait une angoisse des plus cruelles, il s'emparait de l'instrument et tombait dans des spasmes convulsifs. Tous les calmants du monde avaient été inutiles. Cependant l'aggravation du mal, l'augmentation des douleurs, le décidèrent une fois à se soumettre à l'exploration. Mais à l'instant où l'on introduisit la sonde, des symptômes nerveux sérieux se déclarèrent, la fièvre s'alluma, et les accidents les plus formidables survinrent.

Deux ans s'écoulèrent dans des souffrances cruelles ; enfin il se rendit chez moi pour se faire opérer par la lithotritie.

J'aurais dû, peut-être, appréciant les antécédents de ce malade, diminuer la sensibilité de l'urètre et apaiser l'irritation générale avant de risquer l'opération qui, de prime-abord, paraissait entièrement contre-indiquée ; mais réfléchissant que tout ce qui avait été fait depuis plusieurs années pour calmer l'irritabilité du sujet et faire disparaître ses craintes avait été inutile, croyant que le meilleur moyen de dominer son esprit et de terminer le traitement était d'agir brusquement et immédiatement, je profitai de la résolution du malade qui était alors chez moi, résolution qui devait être de peu de durée. Au lieu d'explorer la vessie avec la sonde, j'introduisis immédiatement et sans le prévenir un lithotriteur

de grandeur moyenne ; je trouvai un calcul de 15 lignes de diamètre, je le brisai quoiqu'il fût très-dur, et le malade put rendre quelques fragments. Dans la journée, le malade éprouva des frissons suivis de fièvre et de phénomènes nerveux ; il tomba dans un profond assoupissement accompagné de délire tranquille. J'employai avec succès des lavements émollients et antispasmodiques et une émulsion camphrée. Le malade, revenu à lui quelques heures après, n'avait pas la conscience de ce qui s'était passé.

Le troisième jour, je renouvelai l'opération, j'achevai lentement d'écraser les fragments détachés de la grosse pierre pendant la première séance. Les graviers sortirent en abondance ; point d'accidents. — Le cinquième jour, troisième séance, même succès. — Je renouvelai l'opération le huitième jour ; j'écrasai les gros et les petits fragments qui restaient. — Le dixième jour, je sondai le malade et je ne trouvai plus aucun fragment de pierre. L'opération était finie.

Des bains tièdes prolongés ont été employés après chaque séance, et le malade a été maintenu durant tout le traitement dans une transpiration légère par des boissons chaudes et mucilagineuses. Huit jours après la dernière séance de lithotritie, le malade retourna chez lui parfaitement rétabli.

— Voici une seconde observation qui offre aussi quelque intérêt, car chez ce malade j'ai été forcé d'entreprendre l'opération contre toutes les règles de l'art, et néanmoins elle a parfaitement réussi. On y verra qu'une multitude de pierres brisées ont pu rester pendant quatre ans dans la vessie, sans qu'il y ait eu de trop graves accidents, sans que la maladie ait cessé d'être locale et ait envahi les reins ou quelque autre organe.

M. Huss, préposé des finances en Suède, âgé de soixante-six ans, me fut présenté en 1841, huit jours avant mon départ pour le congrès de Florence. Je trouvai ce malade souffrant d'une pierre très-dure ; quoique cette pierre eût une grosseur de 27 lignes, je jugeai néanmoins la lithotritie praticable ; et cédant aux instances réitérées du malade, je me décidai à commencer l'opération, me réservant de prier un de mes confrères de continuer le traitement après mon départ. Le docteur Ekman, médecin du roi, et M. Sundevall, professeur d'anatomie et de chirurgie, assistaient à la première séance. La pierre était si dure que j'ai dû employer pour la briser le percuteur n° 5, la largeur du canal de l'urètre de ce sujet m'ayant permis d'introduire, sans inconvénient, cet instrument dans la vessie. La pierre fut brisée en plusieurs morceaux ; une multitude de fragments sortirent sans accident. Le lendemain, le malade voulait que je recommençasse l'opération ; je refusai.

Le troisième jour, je brisai plusieurs gros fragments ; même résultat. Le quatrième jour, le malade renouvela la demande d'être opéré. J'ajournai l'opération au lendemain, cinquième jour, deux heures avant mon départ. Le malade me témoigna qu'il avait le plus vif désir de me voir terminer moi-même sa guérison, manifestant une grande répugnance à l'idée d'être opéré par un autre praticien ; il insista pour que tout fût fini dans cette séance, n'ayant pas souffert dans les précédentes. M. Huss était si ému en me faisant sa demande, que je dus céder à sa prière, malgré le peu d'opportunité d'une pareille opération, et je me décidai à briser tous les fragments qui se trouvaient dans la vessie.

Quelque temps après mon arrivée à Naples, j'appris, à ma grande surprise, que ce malade n'avait plus subi de séance de lithotritie depuis mon départ ; qu'une grande quantité de fragments avait été évacuée et qu'il s'était rendu dans sa famille, à cent cinquante lieues nord de Stockholm. Ce long voyage s'était fait sans malaise et on le croyait entièrement guéri.

La troisième année écoulée, cet homme sentit de nouvelles douleurs, et un au plus tard, il vint me consulter à Stockholm. Le besoin d'uriner se faisait souvent sentir et de la manière la plus douloureuse. L'urine contenait des mucosités filantes et un pus jaunâtre d'une odeur insupportable. Je le sondai et trouvai la prostate hypertrophiée, et dans le bas fond de la vessie un calcul enchatonné et une masse de pierres arrondies et inégales. Je ne pensai pas que le désordre qui régnait dans la vessie eût envahi les reins.

Après avoir écrasé un petit fragment de pierre, je pus me convaincre que la vessie, dans l'état de paralysie où elle se trouvait, était dans l'impossibilité de chasser les graviers avec l'urine, ni à l'aide des injections faites avec une sonde évacuatrice. J'eus un moment l'intention de recourir à la taille, mais un examen plus attentif de l'état moral et physique du malade me fit rejeter cette idée. Je n'avais donc que le choix d'abandonner le malade à ses souffrances ou d'essayer, comme moyen désespéré, de revenir à la lithotritie. Le malade voulut être soumis à cette dernière opération ; elle fut commencée en présence de M. le docteur Elliott et de plusieurs autres praticiens. A cause de la dûreté extraordinaire des pierres, je fus forcé, pendant cette séance et les suivantes, du reste fort nombreuses, de les écraser chaque fois avec un percuteur fenêtré et d'extraire les fragments au moyen d'un percuteur à cuiller. Au bout de trois semaines, quand la vessie fut délivrée d'une grande partie de la pierre, je saisis le calcul enchatonné, je parvins à le détacher, à le briser et à l'extraire. Des injections d'eau froide furent pratiquées presque tous les jours avec une sonde à double courant.

Le second mois, le catarrhe de la vessie commença à diminuer, mais les fonctions de cet organe n'en furent point améliorées ; ce n'est qu'après avoir continué trois mois les injections, que la vessie prit assez de force pour évacuer la gravelle par le moyen de la sonde évacuatrice. Pendant la durée de ce long et laborieux traitement, il ne se manifesta ni accès de fièvre, ni accident grave, et à la fin du quatrième mois, le malade était parfaitement guéri.

D. S. Fr. Save,
médecin du roi de Suède.

LE SULFATE DE QUININE N'A AUCUN INCONVÉNIENT CHEZ LES FEMMES DANS L'ÉTAT DE GROSSESSE.

Depuis 1813 jusqu'en 1845, j'ai habité deux localités, Bellegarde (Gard), et Paulet, basse Camargue (Bouches-du-Rhône), où les fièvres intermittentes sont endémiques et sévissent d'une manière plus ou moins prompte chez les nouveaux venus. Dans cette dernière localité, que j'ai habitée près de six ans en qualité de médecin des Douanes, et que l'on pourrait comparer, sous le rapport sanitaire, aux Palus-Méotides, les fièvres intermittentes seront longtemps la principale cause de son inhabitation, et en même temps rendront difficile et très-coûteuse l'exploitation de ses propriétés, à cause du manque d'habitants.

A Bellegarde, village alors d'environ 1500 âmes, et que j'ai habité près de 27 ans, j'avais occasion de traiter tous les ans un grand nombre de fiévreux, parmi lesquels se trouvait aussi bon nombre de femmes enceintes. Bien loin de m'abstenir de l'emploi du quina ou du sulfate de quinine chez ces dernières, leur état de grossesse était pour moi un motif de plus pour administrer le spécifique le plus tôt possible, regardant le frisson et surtout les vomissements qui se manifestaient, bien souvent au début de l'accès, comme une cause bien plus capable de déterminer l'avortement. Durant ce laps de temps, malgré les cas nombreux qui se sont présentés, je n'ai jamais eu à me repentir de l'administration du sulfate de quinine : aucun cas d'avortement n'a eu lieu.

Quant à Paulet, dont la population pouvait s'élever, dans mon arrondissement médical, au chiffre de 5 à 600 âmes, les cas de fièvres intermittentes qui se sont présentés chaque année, chez les femmes enceintes, ont été moins nombreux ; mais celles que j'ai eu occasion de traiter par le sulfate de quinine, toujours à la dose de 50 à 75 centigrammes, n'ont eu qu'à se louer de cet agent thérapeutique qui, dans aucun cas, je le déclare, n'a déterminé l'avortement.

Une pratique d'environ trente-trois ans, dans des pays marécageux où les fièvres intermittentes sont endémiques, et qui ne compte pas un

seul cas d'avortement par le sulfate de quinine, doit, sans doute, corroborer l'observation du médecin espagnol, M. Alamo, et rassurer tous les praticiens sur l'emploi de ce médicament chez les femmes enceintes, quoi qu'en dise le médecin M. Petitjean, de Seurre (Côte-d'or).

THEZET, D. M.
à Rochefort (Gard).

DE L'UNE DES PRINCIPALES CAUSES DES CORS AUX PIEDS ET DES MOYENS D'Y REMÉDIER.

Je me suis beaucoup et depuis longtemps occupé des cors aux pieds, car l'étude d'une infirmité aussi incommode, aussi commune, n'est pas d'une mince importance; je connais tout ce qui a été dit et fait sur la matière ; j'ai même rédigé un travail qui se complétera par des recherches et des expériences ultérieures. Je ne viens pas pour cela vous dire : voici mon onguent, mon emplâtre, mon eau : je n'ai pas de spécifique à faire valoir ni à faire vendre. Je veux seulement soumettre à vos lecteurs mes observations sur la cause efficiente la plus puissante et la plus commune des cors aux pieds : cette cause, je la trouve dans la disposition de nos chaussures.

Le luxe et la mode ont introduit une chaussure tout à fait contraire aux vrais principes de l'hygiène. En effet, tels qu'on les porte aujourd'hui, les bottes et les souliers, loin de produire la solidité dans la station et de favoriser les mouvements et la marche, gênent plus ou moins la progression, non-seulement par leur forme, mais encore par la nature dure et résistante des matières dont ils sont formés. Aussi les pieds sont-ils toujours douloureusement serrés dans ces genres de chaussures, et cette compression est la cause presque unique des cors aux pieds.

Tout le monde sait cela ; mais la cause la plus puissante selon moi, et dont on ne s'est pas occupé, consiste incontestablement dans l'usage de la chaussure *munie de talons* qui s'élèvent plus ou moins au-dessus du niveau du reste de la semelle. En effet, le pied étant constamment supporté sur un plan incliné du talon vers la pointe, tout le poids du corps, pendant la progression et la station, repose sur les parties supérieures, antérieures et latérales des orteils. C'est précisément dans ces parties que se développent les cors chez les personnes qui font usage de souliers ou de bottes à talons. Les pieds alors s'appliquant fortement au sol par leur pointe, s'en trouvent détachés dans les trois quarts postérieurs par l'élévation des talons, la progression s'exerce sur la pointe des pieds; une forte pression a lieu constamment pendant la marche et la station vers cette partie.

La première chose à faire, si l'on veut éviter ou guérir les cors aux

pieds, c'est de raser les talons des bottes et des souliers et de mettre la semelle dans une position horizontale, afin que le pied soit toujours appliqué à plat sur le sol et non dirigé en avant ni sur les côtés. Il faut en outre que l'empeigne soit souple, élastique, pour obéir sans trop de compression aux inégalités des pieds. La forme des souliers doit être droite, de manière à pouvoir, à volonté, les changer de pied, afin de mieux varier le siége de la compression. Lorsque la chaussure est faite sur deux formes le pied a toujours de la propension à se renverser en dehors. Enfin lorsque les pieds sont déjà atteints par des cors ou des durillons, il faut confectionner la chaussure de manière que la semelle, d'inégale épaisseur, dirige le pied et par conséquent le poids du corps vers la partie opposée au siége du mal.

Le principe que je soutiens repose sur l'observation de faits nombreux, car depuis fort longtemps j'en ai conseillé l'application à des personnes atteintes, à divers degrés, de l'infirmité qui m'occupe, et c'est toujours avec le plus grand succès que les cors ont été combattus ou que l'on a empêché leur développement.

PALLAS,
Chirurgien principal des armées.

L'INGESTION DES CANTHARIDES NE CAUSE PAS TOUJOURS DES PHÉNOMÈNES APHRODISIAQUES. — SYMPTÔMES DÉTERMINÉS PAR CETTE SUBSTANCE CHEZ SIX INDIVIDUS QUI Y ONT ACCIDENTELLEMENT ÉTÉ SOUMIS PENDANT SIX MOIS.

Parmi les phénomènes pathologiques attribués à l'action des cantharides, le plus fréquent, le plus saillant qui ait été signalé, est l'influence sur les organes génito-urinaires, la production des désirs vénériens, du priapisme. Tous les auteurs s'accordent à cet égard. Or, il est incontestable pour nous, d'après les faits que nous allons rapporter, que cette action physiologique ou pathologique de la cantharide ne peut être admise d'une manière générale. Des expériences forcées et longtemps continuées, dont nous pouvons savamment rendre compte, nous ont montré que l'action spéciale qui lui est attribuée n'existe pas toujours, et qu'il peut arriver qu'à la suite de l'ingestion de poudre de cantharides aucun des phénomènes aphrodisiaques ne se manifeste.

Six étudiants fort bien constitués, âgés de vingt à vingt-six ans, mangeant ensemble chez l'un d'eux, ont, sans le savoir, pendant six mois, pris à des époques variables de la poudre de cantharides mélangée à leurs aliments en guise de poivre. L'on connaît ces poivrières de métal, percées de trous; une de ces poivrières, qui n'était pas alors

destinée au service de la table, avait été quelques mois auparavant à moitié remplie par un des jeunes gens de cantharides en poudre. Plus tard, sans s'apercevoir de ce qu'elle contenait, on l'avait remplie de poivre. C'est ce mélange qui, pendant six mois, servit aux repas de ces six jeunes gens. Suivant que les mets étaient plus ou moins fades, que l'appétit était plus ou moins blasé, ils recouraient à cet étrange condiment, et ressentaient des accidents qui étaient en raison directe de la quantité qu'ils en avaient prise. Heureusement ils ne recouraient point tous les jours à la poivrière, et plusieurs jours quelquefois séparaient un empoisonnement de l'autre.

Afin de me répéter le moins possible, je décrirai collectivement les symptômes que ces individus ont éprouvés.

Symptômes généraux. Point de fièvre, le pouls n'a présenté rien d'anormal. Du côté du système nerveux, on n'a noté ni désirs érotiques, ni hallucinations, ni convulsions; et cependant chez un de ces individus, quelques accès ont été précédés d'abattement et de tendance au sommeil. Tous ont présenté un besoin incessant de changer de place, de courir à droite, à gauche, de ne pouvoir en un mot rester dans une position stable (pendant l'accès). Le tube digestif n'a été influencé en aucune manière, l'appétit est toujours resté normal. *Symptômes spéciaux.* Aucun des individus dont je rapporte l'histoire n'a éprouvé de douleurs dans les régions rénales et lombaires. Trois heures après les repas, sans prélude, ils ressentaient vers l'extrémité du gland un léger prurit accompagné de besoin d'uriner; à peine l'urine était-elle arrivée dans le canal, que sa présence leur était révélée par de la cuisson et un sentiment d'épreinte difficile à caractériser. Cette première émission, ainsi que la suivante, était ordinairement assez abondante; bientôt de nouveaux besoins se faisaient sentir; alors ils étaient précédés et accompagnés de douleurs; ces besoins se succédaient avec rapidité; ils n'avaient pour résultat, malgré les efforts que les malades faisaient, que l'expulsion de quelques gouttes de liquide. Ces efforts avaient quelque chose d'agréable, en ce sens qu'il leur semblait que c'était le seul moyen de se soulager et de rejeter au dehors la cause de leurs souffrances; ainsi, pendant le passage de l'urine dans le canal, il y avait sensation de bien-être, de jouissance peut-être, qui cessait immédiatement après l'expulsion de la dernière goutte d'urine, pour être remplacée par de nouvelles douleurs. Cet état durait pendant deux, trois ou quatre heures, puis tout disparaissait. Cependant il restait une irritation du canal, qui se manifestait pendant l'intervalle des accès par de la cuisson en urinant, et par une sensation continuelle et toute particulière résidant dans le pénis. Aucun des ma-

lades n'a éprouvé ni priapisme, ni désirs vénériens. Pendant les accès on ne désirait qu'une chose, c'était d'uriner. Ces caractères négatifs sont d'autant plus vrais, que le hasard a voulu qu'étant sous l'influence de cet empoisonnement, quelques-uns de ces individus se soient trouvés dans des conditions telles que par elles-mêmes elles étaient assez puissantes pour les porter au coït ; chose qui n'a jamais eu lieu. Il est un phénomène particulier sur lequel je fixerai l'attention, c'est que, si lors de la sensation de prurit que j'ai mentionnée plus haut, les malades parvenaient à empêcher l'émission de s'effectuer, l'invasion de l'accès était retardée ; car les douleurs ne commençaient qu'après le passage de l'urine dans l'urètre.

Comme symptômes insolites, j'ai seulement à noter un léger écoulement blanc filant, dont fut affecté un des individus qui, d'après son observation, eut plus d'accès que les autres, et par cette raison dut ingérer plus de cantharides. Cet écoulement, dont la cause pouvait jusqu'à certain point être rattachée à une infection blennorrhagique, fut traité vainement par les moyens que l'on emploie en cette occurrence.

Revenons maintenant sur quelques-uns de ces symptômes. On a dit que le priapisme était en raison de la faiblesse de la dose de cantharides ingérée ; cependant les individus qui font le sujet de ces observations en ont pris à des doses différentes, la quantité d'épice pour l'assaisonnement ayant dû varier avec la nature des mets : quelques-uns auraient donc dû se trouver dans les conditions voulues pour éprouver des désirs vénériens, ce qui n'a pas eu lieu.

Si les désirs vénériens ont été nuls, il est un phénomène dont je n'ai point encore parlé, et qui cependant a attiré constamment l'attention ; ainsi, si par hasard l'érection survenait, elle calmait les douleurs qui reparaissaient en même temps que la flaccidité de la verge. Ne pourrait-on pas admettre que ceux sur lesquels on a constaté le priapisme, ayant observé instinctivement que ce changement d'état dans le pénis était suivi de calme dans les douleurs, l'aient entretenu et suscité par tous les moyens possibles, poussés qu'ils étaient non par le désir, mais par le sentiment qu'ils allaient se soulager ?

L'expérience a démontré aux six individus sujets de cette note, que les bains tièdes et les boissons aqueuses abondantes étaient les moyens les plus efficaces de soulager leurs douleurs, qui diminuaient à mesure que les urines étaient plus abondantes et qu'elles coulaient plus librement. Ce traitement, qu'ils firent d'une manière empirique, était cependant celui qu'ils auraient fait s'ils eussent connu la cause de leur maladie. En effet, on comprend très-bien l'influence heureuse que l'eau à haute dose doit avoir dans cet empoisonnement. Il est évident que

les cantharides doivent être expulsées par la sécrétion urinaire ; or, leur influence sera en rapport avec le temps qui s'écoulera entre le moment de l'ingestion et celui de l'expulsion ; donc plus on hâtera ce moment, plus on diminuera la force du principe actif en le délayant.

Aussi je crois que de tous les moyens à employer contre l'action de la cantharide, le meilleur est l'eau à haute dose. Dans ces circonstances, je prescrirais un bain prolongé, des lavements tièdes et peu abondants ; si les accidents étaient intenses, je ferais des injections dans la vessie ; en un mot je chercherais à augmenter par tous les moyens possibles les sécrétions, sachant que par là j'éliminerais le poison.

A. Frestel, D.-M. P.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Hydarthrose du genou traitée par les onctions avec la pommade au nitrate d'argent. — Le nommé Clichard, âgé de quarante-cinq ans, d'une constitution robuste, n'a jamais éprouvé de douleurs rhumatismales articulaires : étant occupé à peindre dans un escalier, il fit une chute, dans laquelle il tomba de la hauteur de deux étages, en rencontrant, à chaque étage, la rampe de l'escalier, sur laquelle il se heurta violemment le genou droit : il en résulta une contusion assez forte, qui força le malade de s'aliter pendant dix-neuf jours : il se leva alors, et, dix jours plus tard, il avait repris ses travaux. A cette époque il éprouvait encore de la douleur dans les jambes, plus que dans le genou ; trois semaines après, il survint à la partie inférieure de la rotule une douleur d'abord passagère ; puis, elle devint plus continue, et prit une telle intensité, que la marche fut impossible. Le genou se tuméfia considérablement. On traita par des vésicatoires volants : au bout de vingt-deux jours, Clichard reprit ses travaux. Douze jours ne s'étaient pas écoulés, que le genou se tuméfia de nouveau et devint tellement douloureux au moindre mouvement, que le malade fut contraint cette fois d'entrer à l'hôpital. Nous constatons l'état suivant : pas de fièvre, l'appétit est bon ; douleur seulement dans le genou, qui est un peu plus volumineux que celui du côté opposé. Ce dernier a 35 centimètres et demi de circonférence, tandis que le genou malade en a 38 ; la caloricité est normale ; pas de changement de couleur à la peau, pression indolore, excepté dans le point qui correspond à la partie supérieure de la rotule ; il y a là une tumeur dépressible, qui paraît être le résultat d'un épanchement inter-articulaire ; en pressant, dans tous les sens

alternativement, on constate la présence d'un liquide qui soulève un peu la rotule, qui se laisse légèrement déprimer par une pression exercée sur sa face antérieure. M. Jobert prescrit de faire autour de l'articulation une friction avec la pommade au nitrate d'argent n° 2 ; cette pommade est faite ainsi : axonge 32 grammes, nitrate d'argent cristallisé 60 centigrammes. — Quelques jours après l'emploi de ce médicament, le malade accuse une douleur dans le jarret; on fait sur le point douloureux une nouvelle onction avec la pommade prescrite ; on continue le repos absolu. Trois frictions suffirent pour amener dans l'état du genou une amélioration notable, et, douze jours après son entrée à l'hôpital, le genou malade ne présente plus que 36 centimètres de circonférence, deux centimètres de moins qu'avant le traitement. Bien que le chirurgien veuille encore le garder, Clichard veut sortir de l'hôpital.

Sur un cas d'héméralopie observé à l'hôpital Beaujon. Nous avons observé à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Robert, un exemple d'une affection curieuse et qui se présente rarement dans les hôpitaux : c'est un cas d'héméralopie bien caractérisée. Le malade qui en est atteint est un ouvrier âgé de vingt-sept ans, qui travaille depuis deux ans dans une carrière à l'extraction de pierres de grès, dont la couleur blanche reflète vivement la lumière. Déjà dans l'été de l'année dernière, le soir après sa journée et lorsque la nuit approchait, il lui était arrivé, à plusieurs reprises, de perdre la faculté de voir, d'être obligé de se faire reconduire chez lui, et de se retrouver le lendemain aussi clairvoyant qu'à l'ordinaire ; mais ces phénomènes n'avaient pas de durée. Cette année, au contraire, vers le milieu d'avril, l'héméralopie se déclara chez lui tous les jours. Vers le soir il est frappé de cécité, et le lendemain la vue est entièrement rétablie. C'est dans cet état qu'il est entré à l'hôpital Beaujon le 29 avril. Extérieurement, ses yeux ne présentent rien de remarquable, les pupilles sont régulières, mobiles, modérément dilatées. Le soir, après le coucher du soleil, sa vue s'affaiblit, et quand le crépuscule arrive il ne peut se conduire qu'à tâtons. Cependant la vue n'est pas complétement abolie, car il peut voir les lampes qui éclairent la salle, et très-confusément les objets placés près de lui. Pour juger si l'on avait ici affaire à une fièvre intermittente larvée, de forme héméralopique, comme cela s'est vu, M. Robert fit placer pendant le jour le malade, dans les conditions où il se trouvait le soir par l'absence de la lumière solaire ; pour cela il le fit descendre dans une des caves de l'hôpital, où, en faisant subir à la lumière divers degrés de dégradation jusqu'à un état voisin de l'obscurité, il constata qu'il retombait dans le

même état du côté de la vue, c'est-à-dire qu'il ne pouvait rien distinguer, ni se conduire.

M. Robert, à l'exemple de plusieurs auteurs, rapprochant l'héméralopie de l'amaurose, et distinguant dans cette affection une forme sthénique et une forme asthénique, a appliqué à ce malade le traitement de l'héméralopie sthénique ou congestive, se fondant pour cela sur la cause, sur l'âge du sujet, sur les étourdissements et la céphalalgie qui avaient précédé l'affection, sur la non-dilatation des pupilles, sur la sensibilité des yeux à la lumière, et sur l'injection notable de l'œil gauche. Le 3 mai dernier, il commença le traitement qui consista en une application de quinze sangsues à l'anus, des lotions fraîches sur les yeux et un purgatif. Le 4 et le 5, vingt centigrammes de tartre stibié dans un julep, pris d'heure en heure par cuillerées, amenèrent des vomissements et des selles abondantes. Le 6 on se borna aux pédiluves. Les 7, 8 et 9 mai, on le soumit encore à l'action purgative des pilules écossaises ; il en résulta une amélioration progressive tellement rapide que le 11 mai il voulut sortir de l'hôpital, se trouvant aussi bien qu'avant sa maladie. En effet, la portée de sa vue était revenue, le soir comme le jour, à son type normal.

Emploi des mercuriaux à l'intérieur dans les tumeurs blanches douloureuses. — C'est une méthode connue de la plupart des chirurgiens, et adoptée par plusieurs d'entre eux, que celle qui consiste, comme l'a conseillé O'Beirn, de Dublin, à administrer le calomel uni à l'opium à l'intérieur à dose fractionnée dans les tumeurs blanches, jusqu'à salivation. M. Lisfranc est un des praticiens qui ont le plus employé ce traitement et donné les meilleurs préceptes pour son usage. Comme O'Beirn, il donne le calomel à haute dose, de 75 centigrammes à 1 gramme 25 par jour, en y associant de 5 à 20 centigram. d'opium, mais en fractionnant les doses. Il en a retiré de grands avantages dans les arthropathies récentes, avec douleurs et hydarthroses, mais même dans ces cas, et surtout dans les cas de tumeur blanche avec altération des parties dures, avec dégénérescence des ligaments ou de la capsule, il dit n'avoir jamais obtenu aucune guérison par ce seul traitement. — Mais l'action qu'il a constamment reconnue à la méthode d'O'Beirn, c'est d'enlever toujours la douleur. Cet effet est produit aussitôt que la salivation commence. M. Lisfranc proclame l'insuffisance, l'inefficacité de ce traitement contre les tumeurs blanches indolentes sans inflammation. Il n'a jamais rien obtenu dans ces cas.

Au n° 38 de la salle Saint-Louis, à l'hôpital de la Pitié, est couché un homme de trente-cinq ans, qui porte une tumeur blanche très-

considérable au genou, développée sans cause connue et qui était excessivement douloureuse. Les douleurs avaient résisté à tout l'appareil des moyens antiphlogistiques, à l'iodure de potassium ; elles n'avaient point cédé à l'usage de l'hydrochlorate de morphine. M. Lisfranc fit donner à ce malade 80 centigrammes de calomel uni à 5 centigrammes d'opium à prendre dans les vingt-quatre heures, par doses fractionnées. Au bout de quatre jours de l'usage de ce médicament il est survenu une salivation abondante, et aussitôt, dès le lendemain, les douleurs avaient entièrement cessé. Dans l'espace de dix jours que ce traitement a duré, la tumeur articulaire a diminué de près de la moitié. Vingt-cinq jours se sont écoulés depuis la cessation du calomel, et l'état douloureux ne s'est pas reproduit. On a repris maintenant l'iodure de potassium qui commence cette fois à amener un amendement qui n'avait pu être obtenu d'abord.

C'est donc la salivation qui est ici efficace. Mais il est des malades qu'on ne peut faire saliver par le calomel, car quelques précautions que l'on prenne, il les purge toujours. Dans ces cas, M. Lisfranc a recours aux frictions mercurielles sur les membres thoraciques surtout, qu'il continue jusqu'à la salivation, laquelle produit de cette façon les mêmes avantages, la cessation de la douleur ; preuve évidente que l'opium n'est pour rien dans la vertu de la médication.

Nous venons d'observer à l'égard des mercuriaux un fait fort remarquable que nous devons mentionner ; c'est un homme qui se trouve au n° 39 de la salle Saint-Louis, et chez lequel on n'a pu amener la salivation ni par le calomel à l'intérieur, ni par les frictions mercurielles. Il est atteint d'une tumeur blanche très-douloureuse ; on lui a donné, plusieurs jours, le calomel uni à l'opium : selles abondantes, mais pas de salivation. M. Lisfranc a fait pratiquer alors des frictions mercurielles sur les membres thoraciques, sur le cou, sur la partie supérieure de la poitrine, d'abord avec 8 grammes, puis avec 16 grammes d'onguent napolitain. Il n'a pas été possible de faire saliver ce malade, quoique les frictions aient été continuées douze jours.

***Vésicatoires pour** combattre les douleurs lombaires dans la métrite.* — Les engorgements phlegmasiques de l'utérus s'accompagnent fréquemment de douleurs sympathiques vers les lombes, qui rendent la position des malades extrêmement pénible, car elles vont quelquefois jusqu'à les priver de sommeil et à les empêcher de se tenir debout. Cet épiphénomène qui tient à l'affection utérine, livré à lui-même, suit la marche de la maladie à laquelle il est subordonné ; et l'on sait la

lenteur des résolutions des engorgements de la matrice ! Il est donc important de décompliquer l'affection principale de ces douleurs lombaires, qui sont pour les femmes un élément de troubles fonctionnels très-fâcheux. M. Gerdy croit avoir trouvé ce moyen dans l'emploi des vésicatoires. Ce chirurgien attaque ces douleurs, dans son service à la Charité, par de larges vésicatoires sur la région lombaire. Ce moyen dissipe ordinairement les douleurs dans l'espace de vingt-quatre heures. Il suffit quelquefois d'appliquer un seul vésicatoire. Ceci n'empêche pas de continuer le traitement qui convient à la maladie utérine.

Anthrax.— Incision cruciale de la tumeur.— Le nommé Boquet, âgé de cinquante-six ans, entra à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Jobert, pour y être traité d'un anthrax occupant la partie postérieure de l'avant-bras à 2 centimètres au-dessous du coude. Il y a environ un mois que cet homme ressentit dans le point indiqué plus haut une douleur vive circonscrite, et bientôt suivie de l'apparition d'un petit bouton blanc, que le malade compara à un petit clou : vingt-quatre heures plus tard, les parties voisines devinrent rouges et se tuméfièrent. Depuis ce moment, les douleurs devinrent intolérables ; c'était, dit le malade, la sensation qu'aurait produite l'application d'un fer rouge : perte de l'appétit, fièvre, insomnie. La tumeur continua de faire des progrès, la peau s'amincit et s'ulcéra ; cette ulcération laissa s'écouler du pus épais, ce qui procura un peu de soulagement. Quelques jours plus tard, voyant que la tuméfaction ne diminuait pas, Boquet entra à l'hôpital.

Il existe actuellement au-dessous du coude une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, peu sensible à la pression modérée ; sa base, qui est circulaire, est dure, peu douloureuse, et donne par endroit la sensation d'un tissu ramolli. La peau est amincie, violette et ulcérée sur plusieurs points : il sort par ces ulcérations un pus épais et quelques lambeaux de tissu cellulaire sphacélé.— M. Jobert a opéré le débridement de la tumeur au moyen de deux incisions se croisant à angle droit, profondes et prolongées de manière à comprendre toute la base de la tumeur. Ces incisions ont donné issue à une assez grande quantité de sang noir, à un peu de pus liquide et à plusieurs lambeaux de tissu cellulaire gangréné. Après que le dégorgement a été opéré, on a appliqué un cataplasme de farine de graines de lin arrosé de quelques gouttes de laudanum. Cette opération a soulagé le malade qui a dormi toute la nuit suivante. Le lendemain, les lambeaux résultant de l'incision cruciale sont rétractés, ce qui permet de voir le fond de la plaie et

d'y remarquer une couche épaisse de tissu cellulaire frappé de mort. Le malade dit qu'il a faim : on lui donne la portion : même pansement. Les jours suivants, l'état général continue d'être bon, la plaie se déterge; des bourgeons charnus s'élèvent de son fond, ils sont de bonne nature. Les lambeaux ne sont nullement tuméfiés. On supprime les cataplasmes pour y substituer un pansement simple à plat. Quinze jours après l'opération, le nommé Boquet quitte l'hôpital; la cicatrisation est presque complétement achevée.

Hydrocèle volumineuse chez un enfant, guérie par l'emploi extérieur de la teinture d'iode. — Nous avons déjà rapporté quelques faits de ce genre, mais le suivant offre un intérêt particulier et fort remarquable, car l'injection ne pouvait être faite; et il indique le traitement qui seul peut convenir dans les hydrocèles chez les très-jeunes enfants et dans les circonstances analogues. — Un enfant, âgé de quatre mois, couché dans le service de M. Trousseau, à l'hôpital Necker, portait une hydrocèle volumineuse qui s'accroissait rapidement. Quoique le testicule fût descendu dans les bourses, on n'était pas certain que la communication avec le péritoine fût parfaitement fermée, et par conséquent une injection dans la tunique vaginale ne pouvait être tentée. M. Trousseau fit faire une solution hydroalcoolique d'iode, composée avec : teinture d'iode, 4 grammes; alcool, 10 grammes ; eau, 10 grammes. Des compresses imbibées de cette solution furent continuellement maintenues appliquées sur le scrotum de l'enfant. Au bout de huit jours il y avait une amélioration notable, et, en trois semaines de traitement, la guérison était complète. La cure sera-t-elle définitive? On ne peut l'affirmer, bien que l'âge de l'enfant permette de l'espérer.

Rhumatisme articulaire aigu traité par le sulfate de quinine à haute dose. — Nous l'avons dit, cette médication, loin d'être abandonnée, est reprise par un certain nombre de médecins des hôpitaux, qui en retirent de bons résultats en l'employant avec prudence. L'action déprimante du sulfate de quinine sur la circulation est si énergique et si prompte que l'on comprend en effet la vertu curative de ce remède dans une affection qui est le type des maladies inflammatoires. Au n° 33 de la salle Beaujon, dans l'hôpital de ce nom, service de M. Legroux, a été couché, le 28 mai dernier, Descarrière, menuisier, âgé de trente-deux ans, affecté depuis quatre jours d'un rhumatisme

articulaire suraigu occupant tout le membre supérieur droit, épaule, coude, poignet; il y avait une forte fièvre. Rien n'avait été fait en ville. Dans la nuit qui suivit son admission, les deux membres inférieurs se prirent; le genou et le cou-de-pied droits, de même que le genou gauche étaient rouges, tendus, douloureux. M. Legroux commença la médication par le sulfate de quinine. Nous n'entrerons pas dans des détails que nous avons donnés si souvent sur l'action jour par jour du remède; il suffit de dire que quatre jours de son usage à la dose de 1 gramme 50 centigrammes par jour ont amené la solution de la maladie. Le pouls, qui était au début de la pyrexie rhumatismale à 120 pulsations, est descendu le cinquième jour, sous l'influence sédative du sel de quinine, à 40 pulsations par minute, ce qui est très-extraordinaire. Nous avons vu le malade quatre jours après la cessation de son traitement; l'action hyposthénisante se manifestait encore, car le pouls n'était remonté qu'à 48 pulsations. Le malade, complétement guéri, est encore à l'hôpital.

Ce malade nous rappelle un autre rhumatisant qui était couché l'an passé dans le même lit, et qui fut traité successivement par les saignées coup sur coup et le sulfate de quinine. C'était un domestique âgé de quinze ans, entré à Beaujon le 19 août 1845, au cinquième jour d'un rhumatisme aigu affectant les poignets et les cous-de-pieds. En trois jours l'affection fut jugulée par les saignées coup sur coup. Mais la guérison ne se maintint pas. Les douleurs reparurent dans les diverses articulations et se déplaçaient avec la plus grande facilité. Il y avait dans le cœur et dans les carotides un bruit de souffle très-prononcé. M. Gilette, qui remplaçait M. Martin Solon, administra alors le sulfate de quinine à la dose de 1 gram. 50 centigr. à 2 grammes. Dès le premier jour, les douleurs cessent, et le cinquième jour, les articulations sont libres; plus rien au cœur ni aux carotides. Cette fois la guérison ne se dément pas. M. Gilette a souvent été témoin de la cessation de la douleur sous l'influence des premières doses du sel de quinine.

Fracture de jambe.—Issue de l'extrémité du fragment supérieur à travers la peau.— Guérison. —C'est pour répondre aux doutes qui se sont élevés dans quelques esprits sur l'efficacité de la méthode préconisée par M. Jobert de Lamballe dans le traitement des fractures, que nous citons l'observation suivante, qui offre un exemple de guérison remarquable.— Le nommé Locqueux, âgé de quarante-quatre ans, journalier, entre à l'hôpital Saint-Louis pour une fracture occupant le tiers inférieur de la jambe. Cet homme, chargé d'un sac

de farine, fut renversé en arrière : au moment de la chute, son pied se trouvant fixé d'une manière invariable, il en résulta que le tibia droit, ne pouvant suivre le mouvement imprimé à tout le tronc, se fractura obliquement : le fragment supérieur se porta en avant, et son extrémité perfora les téguments qu'il dépassa. M. Jobert opéra la réduction sans débridement des parties molles et sans réduction osseuse; cela fait, le membre fut placé sur un coussin-gouttière, maintenu invariablement par la puissance extensive appliquée au pied et fixée au pied du lit; et par la puissance contre-extensive représentée par un drap passant dans l'aine du côté opposé et attaché par chacun de ses chefs à la tête du lit. (Pour plus de détails, voyez tome XXII, p. 298.) Le malade resta dans cette position un mois et six jours. On détacha alors les liens extenseurs et contre-extenseurs; et quelques jours après, Locqueux commença à se lever : pendant tout le cours du traitement, la plaie des téguments suivit une marche on ne peut plus simple. Il ne survint que fort peu de gonflement, et la cicatrisation ne tarda pas à s'effectuer. L'examen du malade, le jour de sa sortie de l'hôpital après y avoir fait deux mois de séjour, a montré la jambe fracturée très-droite, sans raccourcissement. A 11 centimètres au-dessus de la malléole il existe la tumeur formée par le cal, et au niveau il existe une cicatrice linéaire. La mensuration comparative des deux membres entre la tubérosité interne du tibia et la malléole correspondante donne un résultat identique. Il y a un peu plus de volume dans l'articulation tibio-tarsienne du côté de la fracture.

Traitement des vieux ulcères des jambes par la position élevée. — C'est une des choses les plus importantes de la chirurgie que la position à donner aux membres dans le traitement des affections dont ils sont atteints, et c'est aux soins et à l'intelligence qu'ils mettent à placer convenablement les membres, que certains chirurgiens doivent leurs succès. On ferait un traité sur ce sujet, tant il y a de choses capitales à dire. Mais il ne s'agit pas ici d'une question si générale, nous voulons seulement appeler l'attention sur les bons effets que M. Gerdy retire, à la Charité, de la position très-élevée qu'il donne aux jambes dans le traitement des vieux ulcères rebelles. Cette position est obtenue au moyen d'un plan incliné. Un pansement simple est fait sur l'ulcère. Il est remarquable de voir avec quelle rapidité la guérison s'opère. Nous avons vu chez des malades, où les bords de la plaie étaient calleux, ou bien la peau détruite, la partie centrale de l'ulcère se recouvrir promptement d'un tissu cicatriciel, épais, rouge, résistant, lequel constitue une sorte de derme qui résiste très-bien dans la suite.

Il ne faut pas abuser des cataplasmes dans le traitement des plaies. — Il est de ces choses connues qu'il est bon néanmoins de rappeler de temps en temps, car elles peuvent être perdues de vue et retarder la guérison des malades. Ainsi il est incontestable que l'on peut continuer à croire inflammatoires des engorgements qui ne le sont plus, et les traiter par les cataplasmes émollients, lorsque au contraire il faudrait employer de légers résolutifs, car les parties sont simplement alors fluxionnées, congestionnées. Nous avons observé deux exemples de cette nature à la Pitié, aux n°s 6 et 8 de la salle Saint-Louis, chez M. Lisfranc. Chez l'un de ces malades on avait ouvert un abcès au pied, et chez l'autre un abcès à la main. On était arrivé au dixième jour. La suppuration continuait à être très-abondante; il n'y avait presque plus de douleur, très-peu d'augmentation de chaleur; mais il restait sur les points malades une rougeur encore très-prononcée, avec une tuméfaction assez dure et en partie œdémateuse. M. Lisfranc, pensant que cet état de la plaie et l'abondance de la suppuration étaient entretenus par les cataplasmes, les a supprimés et les a remplacés par un pansement simple : compresses fenêtrées et charpie enduite de cérat. Le lendemain même de ce nouveau pansement chez les deux malades, la rougeur avait complétement disparu, la quantité de la suppuration avait diminué des deux tiers et la tuméfaction s'était sensiblement réduite. Le quatrième jour, la suppuration était légère et le pied et la main étaient revenus à leur volume et à leur consistance normales. On n'a pas eu besoin, chez ces malades, d'employer les légers résolutifs qui sont parfaitement bien indiqués d'ailleurs dans ces circonstances.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ABCÈS *retro-pharyngiens*. Les abcès développés entre la colonne vertébrale et la paroi postérieure du pharynx ont été assez fréquemment observés pour qu'il soit permis aujourd'hui d'établir leur étiologie sur les causes des abcès en général. Dans tous les cas, en effet, on trouve qu'un élément d'irritation venu soit de l'extérieur, soit plus rarement de l'intérieur de l'individu lui-même, a toujours été la raison déterminante de la maladie qui nous occupe et sur laquelle nous nous proposons, dans un prochain travail, d'appeler plus spécialement l'attention de nos lecteurs. Aujourd'hui, nous nous bornerons à extraire d'un Mémoire du docteur Bessont un fait qui, en raison des détails de diagnostic qu'il renferme, nous a paru intéressant, surtout au point de vue du diagnostic. — Une femme, âgée de cinquante ans, avait éprouvé trois mois avant de se confier aux soins du docteur Maxwel Wade, un engorgement inflammatoire du gosier, qui avait gêné la déglutition et la respi-

ration, et qui, douloureux d'abord, l'était devenu beaucoup moins depuis quelque temps; elle éprouvait seulement alors de fréquents frissons, des accès de fièvre et parfois un peu de délire. Cinq chirurgiens, déjà consultés, avaient pris la maladie pour un cancer. Lorsque cette femme consulta M. Wade, elle était dans un état de marasme des plus grands : sa peau était ridée et jaune; elle avait peine à se soutenir, sa voix était faible, et la déglutition ainsi que la respiration étaient fort gênées et pénibles. Une tumeur, du volume d'un œuf de poule, existait à la partie moyenne du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, et avait soulevé l'artère carotide, dont les pulsations étaient sensibles à la vue et au toucher. L'inspection de la bouche lit découvrir que tout le pharynx était envahi par une tumeur d'une couleur rouge pâle, dont toute la surface était parsemée de petits vaisseaux : indolore à la pression, elle était évidemment fluctuante. Le chirurgien, ne doutant pas qu'il n'eût affaire à un abcès développé entre la paroi postérieure du pharynx et la face antérieure des vertèbres cervicales, se mit en demeure de l'ouvrir. Il se servit d'un bistouri ordinaire, enveloppé de linge dans presque toute sa longueur, qu'il plongea dans la tumeur, et donna, de la sorte, issue à une très-grande quantité de pus, d'une odeur très-fétide ; la tumeur, dès lors, disparut complétement. Presque aussitôt, la malade demanda à boire, et, à son grand contentement, elle put avaler aisément, ce qu'elle n'avait pu faire depuis trois mois. (*Gaz. méd.-chirurg.*, mai, 1846.)

ABCÈS HÉPATIQUES (*De la curabilité des*). Le pus peut se produire dans le foie de deux manières : ou comme conséquence d'une inflammation primitive du tissu hépatique, ou secondairement et par suite de ce qu'on a appelé métastase. Dans le travail que nous avons sous les yeux, M. Fauconneau-Dufresne ne s'occupe que de la suppuration qui résulte du premier mode. Il en établit d'abord les divers aspects. Il ne connaît qu'un seul exemple dans lequel l'infiltration ait occupé toute l'étendue du foie. Le plus souvent, cette infiltration, bornée à une certaine étendue, se réunit en un ou plusieurs foyers purulents, dans lesquels le pus se montre avec des conditions différentes. S'il est récent et s'est formé avec rapidité, il est séreux, ressemble à du petit-lait, contient souvent des flocons en suspension. Plus tard, et s'il s'est formé moins rapidement, il a plus de consistance, il est onctueux ; sa couleur est blanchâtre, souvent avec une teinte verdâtre ou jaunâtre, surtout quand un conduit biliaire vient à s'ouvrir dans l'abcès, ce qui donne au pus une viscosité toute particulière. Il peut aussi être coloré en rouge par l'exhalation du sang ou par suite de la rupture de quelque vaisseau sanguin. Le pus prend alors l'aspect de la lie de vin ou d'une crème au chocolat étendue. C'est à tort qu'on a donné ce caractère au pus hépatique, puisqu'il n'est dû qu'à une circonstance purement accidentelle. Enfin, si le pus a séjourné pendant quelque temps, il devient plus consistant encore et comme concret. Il peut même subir des dégénérations diverses. Il prend une odeur fétide, s'il y a une complication gangréneuse.

La quantité de pus varie depuis une gouttelette jusqu'à une quantité vraiment prodigieuse, puisqu'il est des cas où l'on en a trouvé jusqu'à 10 ou 12 litres.

Quoiqu'on ne trouve quelquefois qu'un seul abcès, en général ils sont multiples, le plus ordinairement au nombre de trois ou quatre, quelquefois en bien plus grand nombre, de capacité variable. Ils se forment dans toutes les parties du foie. Les parois de la cavité de l'abcès sont tapissées d'une fausse membrane ou kyste, dont les caractères varient suivant le temps depuis lequel le pus a été déposé.

Les circonstances qui peuvent ou aggraver les résultats de la présence du pus, ou favoriser les efforts de la nature pour le faire disparaître, varient selon les cas où le pus, placé loin des surfaces du foie, n'a pas de tendance à se porter au dehors de son parenchyme, selon les cas, au contraire, où cette humeur étant située auprès de quelqu'une de ces surfaces, la nature fait effort pour la porter vers celles-ci.

Lorsque la collection purulente est loin de la périphérie du foie et qu'elle est considérable, on ne peut guère espérer que la nature aura assez de puissance pour éliminer par l'absorption une aussi grande quantité de cette funeste production, sans

qu'il en résulte une fièvre hectique et toutes ses conséquences. Mais si les collections sont petites, moyennes ou peu nombreuses, il est possible que la guérison s'obtienne.

Le pus peut être absorbé lentement, molécule à molécule, et ne déterminer que des accidents légers dont l'organisme triomphe. Le kyste qui le contient peut s'épaissir, l'emprisonner et l'isoler dans le foie, de manière à empêcher l'absorption. Alors, il se condense, se concrète et reste là à l'état fibreux ou de matière crétacée, sans déterminer des accidents sensibles.

Les abcès formés ou aboutissant à la périphérie de l'organe peuvent se faire jour de deux manières, soit en passant dans un autre organe, soit en s'écoulant en dehors du corps.

Ainsi les abcès du foie peuvent s'ouvrir dans le péritoine et déterminer une péritonite mortelle; dans la rate, dans la plèvre gauche, comme Taillard et Morand en ont vu des exemples, et pour lesquels ils ont pratiqué avec succès l'opération de l'empyème; dans le péricarde, circonstance toujours mortelle, comme on peut le penser.

Le pus peut se porter au dehors, soit directement par les parois abdominales, circonstance la plus favorable et dont il existe de nombreux exemples; soit indirectement et dans un endroit éloigné. Ainsi on a vu l'abcès s'ouvrir entre les muscles des lombes et du bas-ventre, le pus ayant fusé le long des côtes jusqu'aux aisselles; vers les cuisses, les jambes, dans les voies digestives, et être évacué par le vomissement ou par les selles; dans les voies urinaires, dans le poumon, et être évacué par les bronches. M. Fauconneau cite des exemples de toutes ces terminaisons suivies de guérison dans la plupart des cas.

« Il résulte de cette série de faits, dit-il en terminant, que, abstraction faite du traitement, on peut reconnaître dans la *curabilité des abcès du foie*, comme dans toute autre maladie, la puissance de la force médicatrice de la nature. Nous voyons d'abord que le pus, s'il n'est pas en trop grande abondance, peut être éliminé au moyen de l'absorption et des secrétions; qu'il peut s'entourer d'un kyste, et se donner ainsi le temps de se transformer; qu'il a tendance à gagner les surfaces du foie et à se porter en dehors de cet organe, soit directement, soit indirectement, et que, dans ce dernier cas, ses efforts sont quelquefois suivis de succès; mais que, dans d'autres circonstances, la force médicatrice semble s'égarer, car elle porte le produit délétère dans des parties où sa présence est encore plus funeste que dans le foie. Ne dirait-on pas d'un prisonnier qui étudie les moyens d'arriver à la liberté, qui explore son cachot, reconnaît les parties faibles de ses murailles, fait quelquefois, dans son désespoir, des tentatives malheureuses, mais parvient quelquefois aussi à l'évasion si désirée? » (*Revue médicale*, avril 1846.)

APHTHES (*Emploi de l'acide sulfurique contre les*). M. le docteur Lippich, professeur à l'Institut médico-clinique de Padoue, emploie avec un grand succès l'acide sulfurique en collutoire contre les aphthes et dans les cas de stomacace-syphilitico-hydrargyrique, lorsque le fond de la bouche, la membrane muqueuse de cette cavité et les lèvres sont recouvertes d'ulcérations qui rendent la déglutition difficile. Voici la formule à laquelle il a recours, dans les cas de ce genre, pour l'application de l'acide sulfurique :

Miel blanc. . . . . . 30 grammes.
Acide sulfurique dilué. 2 grammes.

M. et F. S. A. un liniment.

On peut, suivant la gravité des cas, élever la proportion de l'acide sulfurique étendu jusqu'à huit grammes pour la même quantité de miel. On se sert de ce liniment en en touchant légèrement et de temps en temps les surfaces ulcérées. Les applications se font au moyen d'un pinceau doux.

ASCITE PAR PÉRITONITE *chronique résistant aux diverses médications, et guérie par l'acétate de potasse.* Il n'est pas de praticien qui n'ait observé combien l'on a de mécomptes avec les diurétiques. Nous avions il y a quelques mois à traiter un anasarque avec ascite sans lésion organique qui depuis six mois avait résisté aux purgatifs, aux diurétiques de toute espèce, etc., et qui a été guéri en trois jours par l'usage de la bière pure ou coupée d'eau. — Nous trouvons dans le résumé de la clinique de M. le professeur Forget, de Strasbourg, un exemple de cette bizarrerie d'action des diurétiques.

Une femme de quarante ans, de

chétive constitution, mère de quatre enfants, bien réglée habituellement, avait éprouvé trois mois auparavant, à la suite d'un refroidissement, un frisson suivi de chaleur, de douleurs abdominales et d'un peu de diarrhée. On l'avait traitée en ville par une saignée, des topiques émollients, et en dernier lieu par les frictions mercurielles sur le ventre. A son entrée : langue rouge, dépouillée, gencives fongueuses, haleine fétide, un peu de salivation (stomatite mercurielle), soif, anorexie, abdomen proéminent, douloureux à une forte pression. La palpation et la percussion font constater un épanchement séreux, sans altération appréciable des viscères abdominaux (ascite par péritonite chronique). Pouls un peu fréquent, sans dureté ni chaleur à la peau ; un peu de dyspnée, quelques râles disséminés : chiend. nitré, looch, lavement de graine de lin, frictions stibiees sur l'abdomen, soupe. — Les jours suivants, l'abdomen augmente insensiblement de volume. Le 22 décembre dernier, M. Forget prescrit la potion suivante :

Feuilles de digitale, 1 gramme; infusez dans eau, 100 grammes; sirop de sucre, 20 grammes; à prendre par cuillerées de deux en deux heures. Les urines restent rares et foncées, le pouls descend à 48 pulsations, l'ascite persiste avec douleur abdominale et dyspnée. Le 22 on prescrit :

Acétate de potasse...	15 gramm.
Eau..................	150 gramm.
Sirop................	20 gramm.

pour une potion; infusion de genièvre; friction de teinture de scille et de digitale sur l'abdomen. — Le 24, urines abondantes qui persistent les jours suivants, en même temps le ventre diminue de volume, au point que le 1er janvier 1844, il est à peu près réduit à son volume normal. Cependant la malade se plaint de quelques douleurs dans l'abdomen, elle est très-faible et se rétablit lentement. Elle ne sort de l'hôpital que le 5 mars, trois mois après son entrée, deux mois après la disparition de l'ascite.

Ainsi, voilà, dit M. Forget, une ascite par péritonite qui résiste aux antiphlogistiques, aux onctions mercurielles, aux frictions stibiees, au nitre, à la digitale et qui cède à l'acétate de potasse. D'où l'on ne devrait pas conclure que ce remède est meilleur que les autres, car il n'en est pas un qui ne compte des succès. Cela prouve seulement que dans les cas rebelles, il faut varier les médications ou mieux les médicaments, dans l'espoir d'en trouver un qui réussisse. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, avril 1846.)

CAPSULES *pour introduire dans le vagin, le rectum*, etc. M. le docteur Blatin a présenté à la Société médicale d'émulation des capsules ayant la forme d'un dé à coudre et destinées à porter dans le vagin du coton, de la charpie, des poudres médicamenteuses et des médicaments à l'état de pâte plus ou moins solide. Ces capsules sont composées de miel et de gélatine, de façon que trempées dans l'eau elles deviennent très-glissantes et pénètrent facilement jusqu'au col de l'utérus. Faites très-minces, elles sont promptement dissoutes par les mucosités; et ainsi les médicaments se trouvent en contact avec la muqueuse. Les dimensions sont appropriées à celle du vagin. Mais on peut en faire de convenables pour porter des médicaments dans d'autres cavités telles que le rectum, l'urètre. M. Blatin appelle ces capsules *capsules introductrices*. (*Gazette des hôpitaux*, mai 1840.)

COTON CARDÉ ET CHARPIE. *Expériences comparatives sur leur utilité dans les pansements*. Le gouvernement de la Savoie a fait faire, dans les hôpitaux militaires et de la marine, des essais suivis touchant la question de savoir si la substitution du coton cardé à la charpie serait utile au point de vue sanitaire et sous le rapport économique. Le professeur A. Riberi, président du conseil supérieur militaire de santé, a fait un rapport sur ce sujet, basé sur ses expériences personnelles et sur celles des officiers de santé placés à la tête des hôpitaux divisionnaires de Turin, Alexandrie, Chambery et Cagliari. Voici les conclusions de ce travail :

1° Le coton, placé immédiatement en contact avec une partie du corps blessée ou dépouillée de son tégument naturel, est un stimulant moins opportun que la charpie, et procure à ces parties une douleur et une accumulation de chaleur bien plus grandes;

2° Le coton cardé, substance pres-

que impénétrable, ou du moins se laissant beaucoup moins pénétrer que la charpie par la matière purulente et par la sanie, opère en sens inverse de la charpie, c'est-à-dire est cause que l'humeur purulente stagne sur l'organe qui la sécrète. Pour peu aussi que cette humeur excède en quantité les matériaux organiques nécessaires à la formation de la cicatrice, elle se condense en forme de croûtes, ou bien, agissant comme substance irritante par la corruption qui lui est inhérente, fait dégénérer les tissus ulcérés;

3° Le coton s'attache habituellement avec plus de ténacité que la charpie aux boutons charnus des ulcères ou des plaies suppurantes, surtout quand les surfaces étant irrégulières, il s'y trouve des points plus élevés que d'autres, et par conséquent moins baignés par l'humeur purulente qu'ils secrètent. Il adhère constamment plus que la charpie aux bords périphériques des plaies, ce qui est doublement nuisible d'abord, parce que, de cette manière, le pus et l'ichor ne pouvant pas s'épancher facilement sur les parties saines, sont forcés de stagner sur la plaie; et, secondement, parce qu'en renouvelant le pansement, on déchire facilement la cicatrice qui se formait, en causant de violentes douleurs au malade, et en lacérant les petits vaisseaux;

4° Il a été observé, dans plusieurs cas, que, par la substitution du coton à la charpie sèche, un ulcère de quelques lignes d'étendue seulement, et en voie rapide de cicatrisation chez une personne saine et peu irritable, présenta des symptômes de réaction avec accroissement de température, destruction prompte de la cicatrice presque entièrement formée, et apparition de chairs fongueuses et quelquefois d'inflammations erysipélateuses. Ces accidents disparurent souvent en pansant ces plaies avec du coton enduit d'onguents émollients et réfrigérants, et puis, quand la cicatrice commençait à se reproduire, en recourant de nouveau à la charpie sèche, jusqu'à terminaison de la cicatrice;

5° On vit plusieurs fois, au contraire, l'emploi du coton cardé réussir dans des cas d'ulcérations ramenées par l'art à l'état de simplicité la plus grande, et cicatrisant, par exception à la règle, sous une croûte formée par la condensation du pus. Le coton parut également utile dans les vieux ulcères presque inertes, pâles, non excitables, et dans les cas de blessures accompagnées de stupeur des parties à cause de la violence de la commotion, de la *résolution* des tissus, de la stagnation du sang, d'asphyxie, d'un grand abaissement de température.

Sous le point de vue économique, la charpie l'emporte encore sur le coton cardé. Une livre de coton cardé correspond, dans les pansements, à trois livres et demie de charpie. (*Gior. delle Sc. med. di Torino* et *Gaz. méd. de Montpellier*, avril 1846.)

DIARRHÉES (*Observations pratiques sur l'utilité du tannin dans les*). Le docteur Bertini, à la tête d'un vaste hôpital à Turin, où les diarrhées sont très-fréquentes, a voulu vérifier par lui-même si le tannin jouissait de la propriété astringente qu'on lui attribue. — Les vitalistes veulent que le tannin ait une action dynamique; les chimistes la disent chimique; les éclectiques la croient chimico-organique. Le docteur Bertini penche pour l'opinion des chimistes; il s'appuie sur cette raison que le tannin a agi avec plus d'efficacité que jamais dans les cas où les forces vitales, épuisées et presque éteintes, ne pouvaient nullement modérer l'action chimique que cette substance a coutume d'exercer sur les tissus organiques privés de vie. De là cette conséquence, que l'imperméabilité et la dureté qui résultent de la susdite action chimique du tannin seraient les causes principales de la diminution graduelle de la sécrétion intestinale et de la cessation de la diarrhée. Quelle qu'ait été la dose de tannin administrée, le docteur Bertini ne s'est jamais aperçu d'une prompte action dynamique sur l'innervation intestinale, ni d'un changement dans l'état du pouls, si ce n'est lorsque, après un certain laps de temps, l'action chimique avait pu faire sa besogne en donnant aux tissus intestinaux la solidité qui leur est nécessaire. — Le docteur Cavaria conseillait de n'administrer le tannin qu'aux doses d'un quart de grain à un demi-grain en pilules, à prendre en trois ou quatre fois dans la journée. Le docteur Bertini a porté les doses de ce médicament jusqu'à 10, 15 et même 20 grains, deux fois dans les vingt-quatre heu-

res, et il n'a jamais observé, à la suite de l'ingestion de ces quantités considérables de tannin, ni altération du pouls, ni troubles de la digestion, ni augmentation de la soif, pesanteur à l'estomac, etc. — Le nombre des guérisons obtenues à l'aide de cette médication, par le docteur Bertini, s'élève à douze; nous croyons inutile de rapporter les quelques observations qui terminent son Mémoire ; disons seulement que, dans deux cas où la diarrhée était compliquée de leucorrhée, l'action astringente du tannin agit avec autant d'efficacité sur la muqueuse du vagin que sur celle de l'intestin. (*Gior. delle Sc. med. di Torino* et *Gaz. méd. de Montpellier,* avril 1846.)

ÉPISTAXIS *guéries par la compression de l'artère carotide.* Voici deux nouvelles observations recueillies par M. le docteur C. Gibon, où la compression de la carotide primitive a arrêté des épistaxis considérables. On peut les rapprocher du fait du même genre que nous avons rapporté au mois de janvier dernier (t. 30, p. 57).

Le nommé Hervieu, âgé de cinquante ans, douanier retraité, demeurant à Quettebon, fut atteint, le 15 mai 1840, à cinq heures du matin, d'une épistaxis extrêmement abondante. Quand M. Gibon arriva, il y avait déjà trois heures que le sang coulait sans discontinuer; rien ne réussit à en arrêter l'écoulement, ni ligature des membres, ni injections astringentes, ni révulsifs; M. Gibon était sur le point d'employer le tamponnement, lorsqu'il se rappela avoir lu dans l'ouvrage de MM. Parent et Martinet, sur l'arachnitis, le conseil suivant, si peu suivi, et cependant si facile à suivre; conseil dû à M. Blaud, de Beaucaire. Il consiste à comprimer avec force les deux carotides pour empêcher l'abord du sang vers l'organe affecté. Ce moyen, qui avait été suggéré à ce praticien dans un cas de méningite excessivement grave, lui parut bon à tenter. C'est ce qu'il fit à l'instant; seulement, il comprima la carotide du côté gauche, vu que c'était la narine gauche qui fournissait l'épanchement. Il n'y avait pas une demi-minute que cette compression était établie, que le sang ne coulait plus. Je crus devoir cependant la prolonger quelques instants. Une syncope se produisit, et l'épistaxis fut complétement arrêtée pour ne plus reparaître.

Le deuxième a trait à un jeune homme de douze ou treize ans, demeurant également à Quettebon. La compression arrêta une hémorrhagie nasale qui durait déjà depuis deux heures ; la syncope n'eut pas lieu dans ce cas.

La compression de la carotide primitive est donc, dans le cas d'épistaxis, un moyen utile, et qui doit être tenté avant le tamponnement. On pourrait même, si la compression d'une carotide n'arrêtait pas l'hémorrhagie, essayer de les comprimer toutes les deux, dans la crainte que le sang ne revînt par les anastomoses. (*Gazet. méd.-chirurg.*, juin 1846.)

FIÈVRE INTERMITTENTE (*De la*) *chez les femmes en état de grossesse.* Le sulfate de quinine doit-il être administré aux femmes grosses saisies de fièvre intermittente? Cette question est d'un si haut intérêt général, elle est si importante pour les médecins spécialement qui habitent les pays marécageux, qu'il est fort regrettable qu'elle ait été diversement résolue par les observateurs qui ont eu à s'occuper de ce sujet. Ainsi, les uns ont observé des avortements fréquents après l'administration du sulfate de quinine, et ont vu, au contraire, un grand nombre de femmes enceintes, abandonnées aux accès de fièvre périodique, arriver toutes à terme. Les autres ont guéri la fièvre intermittente chez les femmes enceintes, à l'aide du sulfate de quinine, sans aucune espèce d'accident. On comprend, dès lors, les conclusions différentes que les observateurs ont tirées de leurs observations.

M. le docteur Ebrard, de Bourg en Bresse, vient de porter de nouveaux éléments dans cette question. Son opinion formelle est qu'il y a danger à abandonner une femme enceinte aux accès d'une fièvre intermittente ; que non-seulement le sulfate de quinine ne provoque pas l'avortement, mais arrête et suspend son imminence; et son opinion il l'appuie sur la théorie et sur les faits.

La théorie se résume en ceci : les désordres graves, les perturbations profondes que les accès de fièvre produisent sur toute l'économie, ne peuvent pas être sans inconvénients sur l'utérus. Les vomissements opiniâtres qui signalent nombre d'ac-

cès, la toux pénible, la diarrhée ou les coliques dont la fièvre est souvent accompagnée, ne peuvent-ils pas déterminer l'accouchement prématuré? Et la fluxion, la congestion que détermine si souvent cette fièvre, ne peuvent-elles pas se porter sur l'utérus? M. Ebrard n'hésite pas à le penser d'après les faits dont il a été témoin. En voici le résumé.

Une femme de trente-trois ans, mère de plusieurs enfants, était enceinte depuis six mois, lorsqu'elle fut atteinte d'une fièvre intermittente quotidienne, dont les accès étaient caractérisés par le froid aux pieds, puis par de la chaleur, de la soif, de la céphalalgie, des douleurs dans la région lombaire. Au huitième accès, douleurs lombaires et coliques si intenses, que cette femme, craignant une fausse couche, envoya chercher une accoucheuse, qui pratiqua une saignée et fit administrer des lavements laudanisés. Le lendemain, réapparition des mêmes accidents combattus par les mêmes lavements et un bain de siége. Le jour suivant, mêmes phénomènes. M. Ebrard, appelé, constate: coloration de la figure, pouls plein et fréquent, bas-ventre légèrement sensible à la pression, coliques à intervalles presque réguliers; au toucher, il trouve le col mou et son orifice légèrement dilaté; son doigt revient mouillé par une sérosité sanguinolente. Lavements laudanisés, sinapismes aux bras, fomentations d'eau froide sur les lombes, qui calment les accidents. Mais, frappé de ces menaces d'avortement répétées trois jours de suite, M. Ebrard prescrit 70 centigrammes de sulfate de quinine, à prendre une moitié dans la nuit et l'autre moitié le lendemain de grand matin. Le lendemain, les phénomènes de l'accès apparaissent, mais moins intenses; nouvelle dose de 70 centigrammes de sulfate de quinine. La fièvre ne reparaît plus; on continue le sel de quinine, et l'accouchement arrive à terme.

Selon M. Ebrard, et il est difficile de ne pas partager son avis, la forme des coliques, le ramollissement ainsi que la dilatation du col, et surtout la sérosité sanguinolente qui s'écoulait, ne laissent aucun doute sur l'imminence de l'avortement.

L'auteur a vu deux autres cas, en tout semblables à celui-là; mais voici un fait qui a une signification plus tranchée.

Le 15 juillet 1844, M. Ebrard est appelé dans une ferme qui domine une prairie marécageuse. Une domestique et deux enfants avaient la fièvre intermittente. La femme était enceinte depuis six mois et demi; elle se sentait légèrement indisposée depuis quelques jours, lorsque le 12 juillet, dans l'après-midi, elle fut prise, dans les champs, par de la lassitude et des frissons; rentrée chez elle, elle se couche et ne tarde pas à éprouver de la chaleur, de la céphalalgie, une grande soif. — Le 13, nouvel accès, mêmes phénomènes; et, de plus, une sensation de pesanteur dans la région lombaire. — Le 14, aux phénomènes de l'accès viennent se joindre de violentes tranchées dans le bas-ventre, qui furent combattues par des lavements laudanisés. — Le 15 et le 16, mêmes accidents; ce dernier jour, la femme avait repris ses coliques à midi; elle se plaignait par moments, comme le fait une femme en travail. Le toucher indique une dilatation du col, du diamètre d'un décime; ses bords sont durs et minces; la poche des eaux est reconnue. M. Ebrard crut donc toute médication désormais inutile, et il se retira en conseillant d'aller chercher une sage-femme. — Cependant, peu de temps après son départ, les douleurs avaient cessé; et, lorsqu'il revint vers les huit heures du soir, les lèvres du col étaient molles et revenues sur elles-mêmes. Il prescrivit 1 gramme 20 centigrammes de quinine, à prendre moitié de suite, le reste le lendemain de grand matin. — Le 17, accès plus faible et plus tardif. — Cette femme était guérie et vaquait à ses occupations habituelles depuis une quinzaine de jours, lorsqu'elle reprit de nouveaux accès de fièvre avec tranchées, pesanteur dans le bas des reins. On administra de nouveau le quinine, qui arrêta tous les accidents et conduisit la grossesse à son terme.

Suivent deux autres observations, dans lesquelles la fièvre intermittente, abandonnée à elle-même, a produit l'avortement et entraîné la mort.

De ces faits, M. Ebrard conclut fort légitimement, d'une part, que la fièvre intermittente, abandonnée à elle-même chez une femme enceinte, peut occasionner l'avortement; d'autre part, que la quinine peut être donnée non-seulement sans danger, mais avec le plus grand avantage chez les femmes grosses affectées de

fièvre intermittente. Quand surtout les coliques et les douleurs lombaires, la dilatation du col peuvent faire craindre un avortement prochain, l'administration du sel de quina est de la plus grande urgence, et peut faire cesser l'imminence de l'avortement. (*Journ. de médecine de Lyon*, mai 1846.)

FŒTUS. *L'arsenic ne pénètre pas toujours jusqu'au fœtus dans les cas d'empoisonnement de la mère par cette substance.* Une note, publiée dans le Bulletin de la Société de médecine de Gand, disait « que des experts avaient constaté que, dans l'empoisonnement d'une femme enceinte l'arsenic pénètre jusqu'au produit de la conception, et qu'un fœtus, analysé par eux, leur avait donné des traces de ce poison. » M. Benoist, pharmacien à Amiens, a eu à examiner chimiquement les organes d'une fille enceinte de six mois, qui s'était donné la mort en avalant une dose considérable d'arsenic. Les expériences furent de la dernière évidence. M. Benoist a soumis le fœtus à la méthode de Marsh, en prenant toutes les précautions convenables; tous ses essais n'ont donné que des résultats négatifs; il n'a pas obtenu, pendant plus d'une heure de combustion du gaz, sortant de l'appareil même, l'apparence d'une tache de quelque nature qu'elle fût. (*Journ. de chimie-méd.*, juin 1846.)

HÉMORRHAGIES *par insertion du placenta sur le col.* Il est généralement admis que, dans les cas d'insertion du placenta sur le col, ou tout près du col, la grossesse est accompagnée d'hémorrhagies plus ou moins fréquentes. Mais il existe un assez grand nombre d'exemples d'insertion du placenta sur le col, dans lesquels la grossesse a parcouru toutes ses périodes sans hémorrhagie. En voici un nouveau cas, publié par M. le docteur Manget.

Une dame de vingt-six ans, parvenue à huit mois et demi d'une seconde grossesse sans accident d'aucune espèce, fait appeler M. Manget qui la trouve dans l'état suivant: face pâle, sauf aux pommettes qui sont d'une rougeur intense; peau chaude, pouls à 100, très-irrégulier, douleurs dorsales utérines, revenant toutes les dix minutes; hémorrhagie utérine datant de plus de deux heures. L'auscultation fait entendre de la manière la plus nette les doubles pulsations du cœur fœtal à trois travers de doigt au-dessus de l'aine gauche. Le toucher indique que le vagin contient une certaine quantité de sang semi-liquide. Le col est mou, souple, dilaté de 2 centimètres environ, et, à travers son ouverture, on sent une tumeur molle, charnue, présentant des anfractuosités et adhérant d'une manière très-intime à l'utérus. Cette exploration donne à peu près la certitude que le placenta est greffé au voisinage du col, sur les parties tout à fait inférieures du corps même de l'utérus. Après avoir doublé cette espèce de promontoire formé par le bord plus ou moins décollé du placenta, le doigt trouve, à 2 centimètres au-dessus, une partie qui se présente coiffée par des membranes non encore rompues; cette partie est arrondie, dure et ne fuit pas sous le doigt; est-ce la tête? est-ce le siége? est-ce une épaule? M. Manget croit pouvoir établir que c'est le sommet de la tête par les deux raisons suivantes: 1° les battements du cœur sont surtout perceptibles dans l'aine gauche; 2° il y a fort peu de liquide interposé entre la partie qui se présente et les membranes.

Les douleurs continuent; à chaque contraction, nouveau flot de sang accompagné de caillots. Au bout d'une heure d'attente, un litre de sang environ s'est écoulé; le col a acquis et conserve la dilatation d'une pièce de cinq francs, un des bords du placenta se décolle de plus en plus, les eaux ne s'écoulent point; l'accoucheur se décide à intervenir activement. Il se décide pour la rupture des membranes qu'il opère immédiatement; alors la tête s'engage, le travail marche avec une rapidité suffisante, sans écoulement de sang, et l'expulsion d'un fœtus à peu près à terme et assez bien constitué a lieu.

Un flot de sang s'écoule immédiatement après la sortie du fœtus. Cependant le palper abdominal indique que l'utérus, dans sa partie supérieure, est dur et contracté. L'hémorrhagie continue. Après quelques douleurs, le placenta est amené. Nouvelle hémorrhagie, plus de douleurs, commencement d'inertie. Voulant à tout prix mettre promptement un terme à cet état de choses, l'accoucheur, suivant le précepte du professeur Moreau, prend un citron coupé par le milieu, le porte le plus haut

possible dans les parties génitales, et l'exprime de toute sa force contre les parois utérines. Une forte colique se réveille; le col revient sur lui-même, et l'écoulement sanguin tarit presque entièrement. Tout se passe bien dès ce moment.

L'examen de l'arrière-faix fait voir que les membranes sont extrêmement épaisses, surtout à la partie inférieure; au total, il est peu volumineux, exsangue en quelques endroits. (*Journal de Chirurgie*, mai 1846.)

HYDARTHROSES (*Du traitement des*) *par le tartre stibié à haute dose.* M. le docteur Biechy, de Schélestadt, vient appuyer par de nouveaux faits la méthode de traitement proposée, dans ces dernières années, par M. Gimelle. Pour lui les succès nombreux et constants qu'il a retirés de son emploi, la rapidité et la solidité des résultats semblent établir la suprématie du tartre stibié sur tous les autres moyens préconisés dans le traitement de l'hydarthrose. M. Biechy compte onze cas de succès en faveur du sel antimonié de potasse. Jamais, dit-il, il n'a failli entre ses mains, et il n'a pas eu de récidive à déplorer. Ce médecin rapporte trois observations : deux d'hydarthrose chronique, une d'hydarthrose aiguë; nous rapporterons seulement la première.

Obs. Le sieur Swender, tailleur de pierres, portait depuis deux mois un gonflement considérable au genou gauche. Examen fait de la tumeur, nous constatâmes une douleur obscure, profonde, de la fluctuation, etc., et tous les signes d'une hydarthrose. Après bien des tentatives de médication, nous soumîmes notre malade au traitement par le tartre stibié, indiqué par M. le docteur Gimelle, chirurgien de l'hôpital des Invalides. Voici la forme et le mode d'administration :

Tartre stibié........	20 centigr.
Sirop diacode........	20 gramm.
Eau distillée de tilleul	100 gramm.

M. pour une potion à prendre en un jour et par cuillerée d'heure en heure. Selon la tolérance on augmente journellement de 0,10. Le sieur Swender prit pendant onze jours la potion stibiée qu'il supporta parfaitement, sans vomissements ni diarrhée. Nous portâmes le remède jusqu'à la dose de 0,75. Le sieur Swender, qui s'était plaint de quelques vomituritions, de coliques, les premiers jours, finit par tolérer la potion émétisée d'autant mieux que nous en élevions davantage la dose. Sa guérison fut obtenue en onze jours, et depuis lors elle s'est maintenue. La claudication, qui avait été assez grande, a complétement disparu.

Ce n'est pas en révulsionnant, en perturbant, en dérivant, que le tartre stibié opère la guérison, car celle-ci est d'autant plus rapide que les vomissements et les garderobes se produisent moins, car c'est la tolérance qui fournit les résultats les plus sûrs et les plus rapides. Le tartre stibié a une puissante action dynamique, en vertu de laquelle il agit : il déprime les forces, il hyposthénise. Les phénomènes qu'il produit sont ceux que l'on remarque à la suite des fortes émissions sanguines; ils sont l'expression de l'abaissement, de la dépression de la puissance vitale; ils sont constants, tandis que les vomissements et les selles peuvent manquer. Telle est l'analyse de la manière de voir de M. Biechy.

Du reste, selon ce médecin, pour obtenir des résultats prompts et sûrs, une fois la tolérance établie, il convient d'élever, autant que le permet la capacité morbide et organique, les doses du remède. Il rappelle la remarquable parole de Peyrilhe : «Si, quand nous donnons de l'opium comme quatre, le malade ne s'endort pas, c'est qu'il est éveillé au moins comme cinq.» Très-souvent en effet on ne guérit pas en donnant le bon remède, parce qu'on ne le proportionne pas aux exigences du mal. M. Biechy traitait un paysan affecté d'une hydarthrose aiguë; depuis vingt jours il prenait 25 centigr. de tartre stibié par vingt-quatre heures, et la maladie ne paraissait nullement se modifier. La tolérance étant établie, le médecin porta la dose à 50 centigr. et l'augmenta graduellement tous les jours de 20 centigr. Le sixième jour, le malade était guéri. La dose du remède était évidemment ici hors de proportion avec l'intensité du mal. (*Gaz. médic. de Strasbourg*, avril 1846.)

PESSAIRE DANS LE VAGIN *depuis trente-cinq ans ; extraction.* Un fait assez extraordinaire a été vu au nº 22 de la salle des femmes de l'hôpital des cliniques, service de M. Gosselin, chez une jardinière nommée Lenoir, âgée de soixante-dix ans.

Cette femme avait une chute de la matrice, et un médecin lui avait, à cet effet, posé un pessaire. Pendant les deux ou trois premières années qui suivirent l'application de ce pessaire, la malade le retirait souvent pour le laver; aussi eut-elle encore deux enfants pendant ce laps de temps. Elle l'avait gardé chaque fois pendant tout le temps de sa grossesse, et avait été obligée de le replacer après l'accouchement pour prévenir un nouveau déplacement de la matrice. Quelque temps après son dernier accouchement, cette femme devint moins soigneuse de retirer son pessaire, et éprouva un jour des difficultés telles, que, malgré tous ses efforts, elle ne put y parvenir. Comme ce pessaire ne lui causait aucune douleur, elle le laissa ainsi pendant trente-cinq ans, se contenta de le laver et de l'essuyer de son mieux deux ou trois fois par semaine. Au mois de décembre 1845, des douleurs assez vives et continues se firent ressentir dans le bas-ventre; ces douleurs se prolongent vers les aines et s'accompagnent d'un sentiment de pesanteur au périnée. Après avoir consulté plusieurs médecins, qui tous conseillèrent l'extraction du pessaire, la malade se décida à entrer à l'hôpital des Cliniques, le 7 janvier 1846. Le 9, après avoir tenté en vain l'extraction du pessaire avec le doigt, M. Gosselin se décida à employer les pinces de Museux; il espérait ainsi rompre le pessaire, et pouvoir ensuite en retirer tous les fragments. En effet, après que l'on eut exercé quelques tractions, le pessaire fut divisé en trois morceaux, que l'on retira très-facilement. On pratiqua aussitôt deux injections d'eau tiède pour laver la cavité vaginale.

Le pessaire, qui avait séjourné trente-cinq ans dans le vagin, offrait l'état suivant: il était en liége et avait la forme d'une couronne ou gimblette; son diamètre était de 8 centimètres, et son épaisseur de 3 centimètres; toute la surface externe était recouverte d'une couche épaisse de dépôt calcaire. Le liége était noirci, un peu altéré dans sa consistance, et répandait une odeur extrêmement fétide.

Le 12 janvier, la malade est complétement débarrassée des douleurs qu'elle ressentait dans le bas-ventre, et se plaint seulement encore de quelques légers tiraillements dans les aines. Du reste, eu égard à son âge, l'état général est très-satisfaisant, et, le 15, cette femme sort de l'hôpital. (*Gaz. des hôpit.*, juin 1846.)

PHTHISIE (*Antagonisme de la*) *avec les fièvres paludéennes. Opinion du professeur Forget.* Nous avons recueilli, dit M. Forget, cent un cas de fièvres intermittentes, la plupart du type tierce. Cinquante et un de ces malades ont fait le sujet d'un Mémoire inséré dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, du 20 août 1843, ayant pour but de combattre encore une fois cette singulière loi d'antagonisme qu'on a voulu établir entre le *miasme paludéen* et le *tubercule*. Ramenant la question aux principes généraux de la science, j'ai cherché à démontrer que la phthisie peut très-bien régner concurremment avec la fièvre intermittente, là où, comme à Strasbourg, les *causes génératrices* de ces deux maladies se trouvent *associées*. Depuis lors, le prétendu principe de l'antagonisme ébranlé, par notre *Lettre* à M. Louis (*Gaz. méd. de Paris*), combattu par MM. Gintrac de Bordeaux, et Lefèvre de Rochefort, et définitivement renversé par les observations de M. Schedel, faites en Hollande, est à peu près oublié, comme toutes les excentricités si communes à notre époque; aussi n'y reviendrai-je pas. Il en est de même de cette prétendue prééminence de l'arsenic sur le sulfate de quinine qui, en dépit du fracas qu'on a voulu faire à ce sujet, reste et restera toujours l'antipériodique par excellence. Telle est notre conviction puisée dans notre propre expérience. Un tiers environ de nos malades ont guéri par le seul changement de séjour et de régime. Cette curabilité spontanée de la fièvre intermittente, déjà signalée par Hippocrate, est ce qui entretient l'illusion et favorise les prétentions de beaucoup d'inventeurs de fébrifuges. Pour moi, dans les cas où j'ai hâte de guérir, je donne le sulfate de quinine, par préférence, le plus tôt possible et sans aucune préparation, à la dose de 30 à 60 centigrammes, en pilules, prises à la fois au moment le plus éloigné de l'accès futur; et grâce à cette méthode si simple, je n'ai jamais éprouvé d'échec dans le traitement de cinq ou six cents fièvres intermittentes que j'ai observées depuis dix ans dans ce pays où, comme on l'a vu, la phthisie exerce tant de ravages. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, mai 1846.)

URÈTRE (*Excision d'un polype de l'*). Le plus récent travail sur les polypes de l'urètre est de notre collaborateur, M. le docteur Amédée Forget; il a été publié, en 1844, dans le 26e volume du *Bulletin de thérapeutique*, page 431; il renferme une observation qui, comme celle que nous allons rapporter, démontre l'existence simultanée de deux polypes dans l'urètre.

— Une jeune dame de vingt-huit ans ressentit, après un travail forcé, de la cuisson du côté des organes génito-urinaires, avec douleur vive, qui se propageait assez profondément; il se manifesta ensuite de la pesanteur dans le fondement, des envies fréquentes d'uriner, et de la dysurie. Avec de violents efforts, la miction s'effectua; mais, à plusieurs reprises, cette dame urina du sang. Le chirurgien consulté par cette malade fut M. le docteur Maisonneuve, qui, au moyen d'un stylet introduit dans le canal, constata la présence d'une petite tumeur terminée par un pédicule qui s'insérait près de la partie antérieure de l'urètre. L'opération fut proposée et acceptée avec empressement, tant, dit l'auteur de l'observation, les cuissons et les douleurs ressenties par la malade étaient grandes.—Nous ferons remarquer que, dans les cas ordinaires et dans tous ceux que nous avons observés, ces douleurs vives, signalées par M. Maisonneuve, n'existaient pas : le polype urétral entretient bien plutôt un sentiment de gêne et de prurit qu'une douleur forte.—Après avoir saisi le polype avec des pinces à anneaux, le chirurgien dégagea son pédicule avec un petit stylet, et il fut facile d'en faire l'excision à l'aide de ciseaux courbes. Comme la tumeur était fort vasculaire, molle, à ce point qu'elle se déchira pendant l'opération, le chirurgien crut avantageux de cautériser la plaie avec le nitrate d'argent, après avoir arraché les lambeaux des fragments qui avaient échappé à l'excision. Les suites furent heureuses, et, sauf un écoulement de sang léger en urinant, ce qui exigea de nouveau la cautérisation, la plaie se cicatrisa rapidement sous l'influence d'injections astringentes faites dans le canal. Comme la malade se disposait à reprendre son genre de vie habituelle, le chirurgien l'examina une dernière fois, et reconnut un polype implanté à la même place que celui qu'il avait déjà enlevé; on en fit l'extirpation, qui fut plus facile; car ce polype était moins vasculaire et plus résistant que le premier. Depuis cette seconde opération, douleurs, cuissons, tout a disparu, et le polype ne s'est pas montré de nouveau.» (*Gaz. médico-chirurg.*, mai 1846.)

URÉTRITE (*De l'*) *chez la femme*. L'étude attentive des maladies des organes génitaux urinaires de la femme a démontré que l'inflammation de l'urètre pouvait exister indépendamment de celle du vagin, et donner lieu à un écoulement qui n'a rien de commun, par rapport à la source d'où il émane, avec celui que l'on est convenu d'appeler *flueurs blanches*. Cette inflammation, qui est le plus souvent le résultat d'un coït immodéré ou impur, est-elle de nature à se transmettre lorsqu'elle est simple, non violente? C'est ce que pensent MM. les docteurs Bois de Loury et Costilhes, qui déclarent susceptible de contagion l'urétrite simple. Sans doute ces deux auteurs ne sont pas de l'école qui enseigne que la contagion dans les maladies vénériennes n'est possible qu'autant que la violence du produit de sécrétion morbide est mise hors de doute par la présence et le développement de la pustule chancreuse. Nous ne discuterons pas la valeur de ces deux doctrines opposées; nous ferons seulement remarquer la contradiction très-apparente qui existe entre l'urétrite sans principe virulent, et néanmoins susceptible de s'inoculer. Nous regrettons que les auteurs n'aient pas donné un plus sérieux exposé à l'appui d'une théorie qu'ils ne font qu'indiquer, et dont l'importance exigeait une démonstration rigoureuse.— L'urétrite chez la femme se complique rarement de rétrécissement du canal; cependant il y a quelquefois une coarctation qui rend l'émission de l'urine douloureuse et très-difficile. M. Bois de Loury a rencontré sur deux femmes un véritable rétrécissement très-prononcé. Chez l'une d'elles, qui avait contracté plusieurs urétrites jamais bien guéries, on trouvait à peine l'orifice du méat urinaire, l'emploi des bougies pendant cinq semaines rendit au canal ses dimensions. Chez l'autre femme l'orifice de l'urètre béant permettait à l'œil d'y plonger jusqu'à un centimètre et demi de profondeur,

et il semblait se terminer en cul-de-sac dans cet endroit. Une sonde de petit calibre pouvait à peine franchir le rétrécissement, qui exigea deux mois de traitement par la méthode dilatante avant d'être guéri.

Le traitement de l'urétrite chez la femme varie suivant la nature et la forme qu'affecte la maladie, c'est-à-dire selon qu'elle est à l'état aigu ou à l'état chronique.

Dans les cas les plus ordinaires d'urétrite aiguë, les boissons délayantes, les bains, un régime doux et le repos suffisent pour la guérir en quinze ou vingt jours : quand la maladie a passé à l'état chronique, l'auteur du Mémoire a recours à la méthode qu'il appelle spécifique; il administre le poivre cubèbe sous la forme de teinture alcoolique. Saccharolé à la dose de 30 grammes par jour pris en cinq fois le matin et le soir. — En quinze jours d'administration de ce médicament, la guérison a lieu ordinairement. — Le copahu, rendu plus digestible en y ajoutant quelques gouttes de menthe poivrée, est aussi conseillé en pareil cas; mais on doit donner la préférence, comme étant mieux supporté par les malades, au médicament formulé comme il suit :

Térébenthine cuite.......	8 gramm.
Poudre d'aloès succotrin..	2 gramm.

F. S. A. D. en 40 pilules, à prendre 10 à 12 pilules par jour. M. Bois de Lonrq affirme avoir guéri en quinze ou vingt jours, au moyen de ces pilules, la plupart des malades atteintes d'urétrite aiguë.

L'auteur ajoute qu'il n'a en qu'à se louer de la méthode abortive qui consiste à cautériser l'urètre; il passe le crayon de nitrate d'argent à 3 centimètres au delà du méat, de manière à dépasser la muqueuse enflammée; mais, pour que cette cautérisation produise son effet, il est indispensable de bien débarrasser l'urètre du muco-pus qui recouvre ses parois; on en vient à bout en l'exprimant d'arrière en avant : on pourrait, bien que l'auteur n'en parle pas, y arriver plus sûrement au moyen d'une injection d'eau tiède. Il faut ensuite promener lentement le crayon caustique, afin de bien déplisser la membrane muqueuse urétrale : au bout de deux ou trois jours, des lambeaux d'eschare se détachent, l'écoulement diminue, se supprime quelquefois complétement; mais il reparaît plus tard : alors on cautérise de nouveau; il est rare que trois ou quatre cautérisations, faites à six jours d'intervalle l'une de l'autre, n'aient pas tari l'écoulement. — Si on se servait d'une injection concentrée au nitrate d'argent, ou devrait protéger le col de la vessie en comprimant avec le doigt l'urètre dans l'arcade pubienne. (*Gaz. méd. de Paris*, mai 1846.)

VARIOLE (*Nouveau préservatif des cicatrices de la*). Nous avons fait connaître, dans notre dernière livraison, les opinions de M. Bousquet sur les méthodes abortives, en général, de la variole, et sur l'emploi de l'emplâtre de Vigo *cum mercurio* en particulier. Voici un moyen beaucoup plus simple encore, proposé par M. Thielmann, de Saint-Pétersbourg. Dans un cas de variole parvenue à la période de suppuration, où les paupières étaient parsemées de boutons et fortement tuméfiées, ce médecin prescrivit le collyre suivant :

Bichlorure de mercure....	5 centigr.
Eau distillée.............	180 gramm.
Laudanum de Sydenh.....	4 gramm.

M. et F. dissoudre S. A.

Pour un collyre qu'on applique six fois par jour (chaque fois pendant une heure), au moyen de compresses qui doivent être humectées de temps en temps.

L'action exercée par ce médicament sur les boutons fut vraiment étonnante, car ils diminuèrent à vue d'œil, et disparurent enfin, ainsi que la tuméfaction des paupières dans l'espace de quelques jours ; de sorte que les points de la peau sur lesquels avaient été pratiquées les applications de compresses étaient parfaitement lisses, alors que les autres parties des téguments se trouvaient encore en pleine suppuration ou tout au plus à l'état de desquammation.

A la même époque, M. Thielmann s'étant trouvé avoir à sa disposition un autre sujet affecté de variole confluente, et chez loquel la peau du front et du nez était littéralement couverte de pustules purulentes, larges, blanches, aplaties, et cependant revêtues encore de la couche épidermique, il se décida à tenter un essai avec le collyre précédent, et il fit faire avec cette préparation des fomentations sur toute la face. Le résultat fut le même que dans le cas ci-dessus pour tous les points qui se

trouvèrent en contact avec les compresses imbibées de ce collyre.

On n'a observé aucun résultat défavorable, de quelque nature que ce puisse être, à la suite de l'emploi de ce topique. En raison de l'efficacité de ces applications dans la période de suppuration des boutons varioliques confluents, M. Thielmann n'hésite pas à conclure, *a priori*, que, faites aux premiers moments de l'éruption, l'action doit être encore plus énergique. (*Gaz. des hôpitaux*, avril 1846.)

VERRUES (*Traitement des*) *par l'emploi de l'acide acétique pur et étendu.* Tout le monde sait combien il est difficile de guérir radicalement les verrues; aussi leur traitement est-il généralement tombé dans le domaine des commères et des charlatans. M. le docteur Neucourt, de Verdun, se souvenant de quelques faits de guérison obtenue par M. J. Cloquet, au moyen du vinaigre et de l'acide acétique pur, a essayé sur lui-même d'abord, et sur d'autres personnes, ce mode de traitement, qui lui a parfaitement réussi, et il le porte aujourd'hui à la connaissance des praticiens. Il fait précéder l'exposé de ce traitement par quelques considérations sur la structure des verrues.

« Les verrues, dit-il, qu'on observe le plus ordinairement, ont l'apparence cornée, et peuvent être excisées en partie, sans douleur ni effusion de sang. Elles présentent une organisation particulière qu'il est utile de connaître : si on les coupe, on enlève d'abord la partie cornée insensible: si on coupe plus profondément, on voit le sang suinter par des vaisseaux qui arrivent droit à la peau, et séparés entre eux par la matière inorganique de la verrue. Cette disposition vasculaire est surtout très-manifeste après l'action de l'acide acétique. Cet acide a la propriété de coaguler le sang dans les vaisseaux nourriciers de la verrue, de sorte qu'il y devient noir; si on coupe alors la verrue, elle offre l'apparence de ces cannes de bois des Iles, c'est-à-dire une multitude de points noirs, séparés par une matière grisâtre, ramollie; d'où il est permis de conclure que cette espèce de verrue, qui est la plus commune, est constituée par un petit système vasculaire qui lui est propre; les vaisseaux sont situés parallèlement les uns aux autres, et dirigés perpendiculairement vers la peau. Ils sécrètent une humeur particulière inorganique, qui est la verrue proprement dite, de même que le système vasculaire situé à la base des ongles sécrète l'ongle lui-même.»

Voici en quoi consiste le mode de traitement indiqué par M. Neucourt :

On commence par couper les verrues aussi profondément que possible, sans produire de suintement sanguin. On applique ensuite des compresses vinaigrées qu'on renouvelle toutes les fois qu'elles sèchent; si le malade ne veut pas s'y astreindre, on ne les emploie que la nuit, et alors le traitement est plus long. Le lendemain, on trouve les verrues ramollies, présentant une couche grise avec un piqueté, mais très-prononcé. Ce piqueté noir n'est autre chose que l'orifice interne des vaisseaux droits de la verrue, vaisseaux dans lesquels le sang s'est coagulé par l'action de l'acide, qui ramollit en même temps la matière inorganique de la verrue, de sorte qu'on peut couper profondément avec facilité, sans effusion de sang. Lorsqu'on arrive près des parties vivantes, on cautérise avec l'acide acétique pur.

Il ne faudrait pas pratiquer cette cautérisation si on avait coupé trop profondément, de manière à déterminer une effusion de sang; car, dans ce cas, on produirait des douleurs très-vives; autrement, elles seront nulles ou très-supportables. On réapplique les compresses vinaigrées, et on les maintient toute la journée. Il y a le lendemain une nouvelle portion de la verrue qui est mortifiée; on l'excise, et on continue.

Au bout de huit jours, plus ou moins, la verrue a considérablement diminué de volume, quelquefois même elle a disparu. Voici les diverses phases par lesquelles passe la production morbide avant la guérison :

Lorsque tout marche bien, on voit peu à peu le nombre de points noirs diminuer; à la place de l'excroissance il y a une cavité; on continue le traitement en excisant toutes les parties mortifiées, jusqu'à ce qu'il ne reste ni point noir, ni la moindre partie verruqueuse; car, si on négligeait la plus petite parcelle, la verrue reparaîtrait comme devant.

Lorsque la guérison est parfaite, il ne reste pas la moindre cicatrice ; l'épiderme se reproduit, et si la maladie siége à la paume de la main ou à la plante des pieds, on voit les ondes régulières formées par les papilles du derme reparaître à la place qu'occupait la verrue, ce qui prouve, pour le dire en passant, que cette production morbide siége entre l'épiderme et le derme.

Si le traitement a été poussé trop rapidement, ou si l'individu a la peau irritable, il survient, après quelques jours de traitement, une douleur assez vive, et une auréole inflammatoire s'observe autour de la verrue. Au lieu de points noirs, on observe une plaque brune à l'endroit précédemment occupé par la verrue ; si on continue, il survient une légère suppuration, la plaque tombe, et il se forme à la place une petite cicatrice.

Dans ce cas, il convient de cesser les cautérisations avec l'acide acétique, de couper autant que possible sans effusion de sang, et de n'appliquer les compresses vinaigrées que pendant quelques heures. On arrive ainsi à la guérison comme dans le cas précédent. (*Journal de chirurgie*, mai 1846.)

VOMISSEMENTS *de matières fécales sans hernie, sans volvulus : abcès de l'intestin?* M. le docteur Andrieux, de Brioude, publie une intéressante observation dont nous ne pouvons, vu sa longueur, donner les détails. Il s'agit d'une dame de Jalancourt, âgée de soixante ans, qui, depuis plus de trente ans, portait une petite hernie, qui rentrait d'elle-même lorsque la malade se mettait au lit. Après quelques coliques et une constipation de trois jours, surviennent des vomissements d'abord bilieux, de l'agitation, une sensibilité modérée du ventre. M. Andrieux constate par la percussion la présence de matières dans la fosse iliaque droite, c'est-à-dire du côté de la hernie ; il s'assure que la hernie n'est pas sortie. La malade mise sur les genoux, la hernie sort ; mais elle rentre aussitôt que la femme s'est remise sur le dos. Ni les purgatifs, ni les lavements ne triomphent de la constipation ; les vomissements persistent ; ils prennent une odeur très-prononcée de matières fécales. La sensibilité du ventre augmente, le facies s'altère. Les sangsues à l'anus et sur le ventre, les cataplasmes simples ou laudanisés, les frictions mercurielles, rien n'a d'action. Les vomissements de matières fecales continuent pendant trois jours, au bout desquels la malade est à l'agonie; elle n'a vomi qu'une fois dans la nuit ; elle ne répond presque plus ; on a de la peine à trouver le pouls. C'est dans ces circonstances qu'il vient à l'idée de M. Andrieux d'introduire une sonde dans l'intestin. N'ayant pas de sonde œsophagienne, il se sert d'une sonde d'homme, en caoutchouc, dont il coupe le bout arrondi, et il l'introduit après l'avoir garnie, en forme de mandrin, d'une autre sonde plus petite. Lorsque cette sonde est entrée aux deux tiers, il éprouve de la résistance; il retire le mandrin, et un peu de sang s'écoule, après lequel arrive du pus (il en est sorti la valeur d'au moins trois petits verres). Une nouvelle sonde, plus grosse, est introduite, et aussitôt s'échappe un grand verre de matières comme de la purée de pois jaunes, très-claire. Une heure après, il y avait déjà une grande amélioration dans l'état de la malade, qui avait supporté cette opération comme l'aurait fait un cadavre. La sonde reste à demeure toute la journée, et on fait de temps en temps des injections d'eau de guimauve. A dix heures du soir, la malade est infiniment mieux ; le pouls s'est relevé, la peau est moite : M[me] M. a uriné; mais il n'y a pas eu de déjection spontanée. — Cataplasmes sur le ventre, des quarts de lavement toutes les trois ou quatre heures. Sommeil tranquille de plusieurs heures; amélioration progressive les jours suivants ; il sort toujours du pus par le rectum ; le ventre n'est plus sensible. On permet quelques aliments légers. Enfin, le quatrième jour, après l'introduction de la sonde, 32 grammes de manne amènent une selle copieuse, et la malade se lève une heure dans la journée. A partir de ce moment, on augmente tous les jours la quantité des aliments. M[me] M. se tient levée de plus en plus longtemps; les selles se rétablissent. Rien n'est venu troubler la convalescence qui n'a pas été longue, malgré la grande faiblesse de la malade, si ce n'est un peu d'enflure aux jambes qui a fini par se dissiper. (*Gaz. médic. de Strasbourg*, avril 1846.)

VARIÉTÉS.

—

Circulaire de la Commission permanente aux adhérents du Congrès médical. La Commission permanente du Congrès médical de France poursuit son but avec courage et persévérance. Elle veut d'adresser à tous les adhérents une circulaire pour leur exposer la situation des choses. Ce n'est en effet que par la connaissance exacte de la position que le corps médical pourra se faire une idée juste des difficultés du moment, et prendre les mesures nécessaires pour les surmonter. La loi sur l'exercice de la médecine n'a point été présentée dans la session dernière, et une nouvelle législature va se produire. Si ce retard dans l'accomplissement des vœux du Congrès jette le corps médical dans le découragement, s'il retombe dans l'isolement et l'indifférence, s'il perd surtout sa confiance en lui-même, alors, sans doute, la situation sera pire qu'elle n'était avant la grande manifestation de novembre, car alors il sera démontré que toute cette agitation aura été stérile, qu'elle s'est éteinte impuissante devant les premiers obstacles qu'elle a rencontrés. Mais il n'en sera pas ainsi. Le corps médical viendra en aide à la Commission permanente, pour que nous obtenions de la Chambre des députés, qui va être nommée, la réparation de nos griefs. Pour cela que faut-il faire? Deux choses :

1º Au moment des élections générales, il faut que tout adhérent au Congrès emploie toute son influence personnelle, directe ou indirecte, à faire connaître aux candidats à la députation la légitimité de nos griefs, l'urgence de nos vœux.

En donnant ce conseil, la Commission permanente n'entend pas dire aux adhérents de faire abnégation de leurs sympathies, de leurs convictions politiques. A Dieu ne plaise qu'elle fasse cette injure au Corps médical de supposer qu'un seul de ses membres puisse oublier ses devoirs de citoyen pour ses intérêts de profession!

Ce que seulement la Commission veut dire, ce que seulement elle recommande, c'est que, dans un moment où les candidats à la députation font leur programme, celui que les adhérents auront choisi, ou sur l'élection duquel ils auront une influence quelconque, mette dans son programme les intérêts du Corps médical, que ces intérêts lui soient chaudement recommandés, et qu'il arrive à la Chambre bien renseigné, bien disposé, de manière à ce que la Commission ensuite n'ait plus qu'à lui rappeler ses engagements et ses promesses.

Il faut remarquer, et ceci est fort important, que la nature, le but de la loi que nous sollicitons, mettent toutes les opinions politiques à l'aise, ne peuvent répugner à aucune; que l'adoption ou le rejet de cette loi ne peuvent avoir aucune influence gouvernementale. Cette circonstance est complétement favorable, et si, dans cette occasion, le Corps médical agit avec ensemble et tenue, la prochaine session ne se passera pas certainement sans qu'il ait reçu satisfaction. Il faut donc qu'au moment des élections générales chacun de nous agisse, mette en jeu toute son influence pour que le député qui sortira de l'urne électorale, quelle que soit sa nuance politique, nous le répétons, vienne siéger à la prochaine législature, convaincu de

l'urgence et de la légitimité de nos vœux, bien disposé à en obtenir la prompte réalisation.

2° La Commission a pensé qu'une pétition immense et collective, présentée à la Chambre des pairs et à celle des députés par un de leurs membres dès le début de la session prochaine, serait un moyen d'une grande puissance pour agir aussi bien sur les bonnes dispositions des ministres que sur le zèle des législateurs. A cet effet, la Commission a rédigé et a transmis à chaque adhérent un projet de pétition. La Commission ne doute pas que les six mille adhérents au Congrès ne prouvent qu'ils sont restés fidèles à leurs convictions en y apposant leur signature; mais elle espère, en outre, que, par leur exemple et par leurs démarches, ils gagneront à notre cause ceux de nos confrères qui sont restés étrangers à cette manifestation, et que cette pétition pourra être considérée comme l'expression unanime du Corps médical de la France. Ici chacun de nous doit faire une honorable propagande dans l'intérêt général; le but est grand et utile, le moyen parfaitement légal; nous pouvons donc tous marcher avec confiance et sans aucune appréhension.

Nos lecteurs ont dû être frappés de l'énormité de ce fait que nous avons signalé le mois dernier, d'un charlatan sur les places publiques (Chauvenet), qui ne sait ni lire ni écrire, auquel M. Hubert Rodrigues, professeur agrégé de la Faculté de Montpellier, et rédacteur en chef de la *Clinique de Montpellier*, a fourni un certificat de six années d'études pour se faire recevoir officier de santé; auquel le même M. Hubert Rodrigues a délivré le diplôme de membre correspondant de la *Société médico-chirurgicale* de Montpellier, dont il est le président, sur la présentation d'un Mémoire ayant pour objet la pathologie du globe oculaire, mémoire que Chauvenet déclare avoir été écrit sous sa dictée par M. Hubert Rodrigues.

Or, l'on va voir, par l'extrait suivant de la lettre écrite le 6 juin à la *Gazette médicale*, par M. Rancoulet, étudiant en médecine, qui avait signé le diplôme en qualité de secrétaire, ce qu'est cette prétendue Société *médico-chirurgicale*.

« Voici les faits, dit M. Rancoulet : il y a environ dix-huit mois, M. Hubert Rodrigues me dit avoir conçu le projet de fonder un cercle médical. Il m'engagea à en faire partie en me prônant les avantages qu'en retireraient les sociétaires par la facilité qu'ils auraient de faire insérer leurs travaux dans la *Clinique de Montpellier*, dont il était le rédacteur... Je consentis à être le secrétaire de cette Société future dont il s'établit lui-même le président. M. Hubert Rodrigues avait déjà fait imprimer des diplômes en blanc; il m'engagea à en signer plusieurs... Persuadé que le choix des associés ne pouvait tomber que sur des personnes qui devaient honorer la Société, j'apposai ma signature sur quelques-uns de ces diplômes en blanc, que M. Hubert Rodrigues a toujours eus en son pouvoir. La constitution projetée de cette Société s'est bornée à ces préliminaires, conclus dans la première et la seule entrevue que j'aie eue, à ce sujet, avec M. Hubert Rodrigues. Celui-ci ne m'en a plus parlé; je croyais donc ce projet tout à fait ajourné, lorsque je reçus une invitation de M. le juge d'instruction pour venir lui donner des explications sur l'un de ces diplômes dont était porteur le sieur Chauvenet. Je ne sais, comme je l'ai dit à M. le juge d'instruction,

si ce diplôme porte réellement ma signature, n'ayant jamais vu ni connu même de nom les personnes à qui M. Hubert Rodrigues a pu remettre des diplômes de la Société projetée; mais, si cela est, comme il y a lieu de présumer, le public jugera facilement, par mes explications, que le sieur Hubert Rodrigues a indignement abusé de ma confiance. »

M. le professeur Lallemand, qui a fait annoncer des merveilles par les mille voix de la presse, touchant l'action curative des eaux sulfureuses de Vernet, à l'état de vapeur, dans la phthisie pulmonaire, merveilles qui, du reste, ont été publiquement démenties, ainsi que ce qu'il disait du prétendu climat d'Italie de Vernet, par le médecin inspecteur de ces eaux; M. Lallemand, disons-nous, devait s'attendre à être interrogé par ses confrères, à la première occasion, sur les faits qu'il annonçait. C'est ce qui lui est arrivé, à la Société royale de Médecine de Bordeaux, à la séance à laquelle il a assisté lors de son passage dans cette ville. On ne s'est pas gêné pour le lui dire dans cette réunion : les faits qu'il produit ne sont propres qu'à susciter l'étonnement des médecins... On a contesté la valeur de ces faits, et sous le rapport de l'étiologie, et sous celui du diagnostic qu'il leur a attribués... Il s'est élevé dans l'assemblée une discussion dont on devine facilement l'esprit, mais dont nous ne pouvons reproduire les termes.

C'est avec douleur que nous nous occupons à notre tour d'un acte vraiment incroyable de cupidité médicale, qui est attribué à M. Lallemand, ancien professeur de la Faculté de Montpellier, et aujourd'hui membre de l'Institut. Tous les journaux de médecine ont adjuré, jusqu'ici inutilement, ce médecin de démentir publiquement un fait qui jette une si vilaine couleur sur la médecine française, et fait jusqu'à un certain point tort à la France elle-même. — A la veille de quitter la France, dit-on, Ibrahim Pacha, voulant dignement récompenser les soins que M. Lallemand lui donnait depuis six mois, consulta quelques célèbres médecins, leur disant que son intention était de lui envoyer *cent mille francs*. Ces confrères trouvèrent avec raison que c'était royalement reconnaître les services de son médecin. Ibrahim envoie donc à l'ancien professeur de Montpellier cette somme, et l'accompagne du cadeau de plusieurs riches cachemires et d'armes turques de grand prix enrichies de pierreries. M. Lallemand, dit-on, a refusé les cent mille francs et en demande deux cent mille.... Cependant il se serait ravisé, à ce qu'il paraît, car, suivant le *Constitutionnel*, il aurait reçu 150,000 fr.

— Nous nous associons complétement aux sentiments exprimés à cet égard par Jean Raymund dans la *Gazette des Hôpitaux*.— « Non, il n'est pas possible, dit-il, qu'un médecin de notre noble patrie, qu'un membre de l'Institut de France, ait montré une cupidité aussi extravagante. Refuser cent mille francs, en demander le double pour un traitement de six mois. et quel traitement! Une fête de six mois, des plaisirs princiers, des voyages charmants; partout le luxe, le bruit, la renommée; cent mille francs au bout, des présents superbes, et un médecin se serait rencontré assez avide d'argent pour demander le double! Non, encore une fois, cela n'est pas possible; non, il n'y a pas, en France, un médecin assez mal élevé pour employer un procédé aussi inconvenant, aussi brutal qu'un refus. Que les

princes soient toujours reconnaissants et généreux, je n'en mettrais pas la main au feu ; mais si, dans cette circonstance, il y a eu offre de cent mille francs, je trouve l'offre orientale, et le refus serait indigne. Il ne faut pas, l'honneur de notre pays, l'honneur de notre profession y sont intéressés, il ne faut pas qu'un bruit semblable s'accrédite; j'adjure ici le médecin qui est en cause de donner une explication publique, et de démentir énergiquement un fait dont tout le monde parle, dont tout le monde s'afflige. »

Il est très-précieux que les hommes qui se sont voués à l'étude d'une spécialité, aient assez de zèle et de savoir pour aller eux-mêmes dans les collections, dans les bibliothèques, à la recherche des points historiques qui intéressent cette branche de la science. M. Sichel a compris ainsi la hauteur de sa mission, en ce qui concerne l'ophthalmologie. Il vient de publier deux brochures, l'une sur cinq cachets inédits d'oculistes romains, l'autre sur un poëme grec inédit, attribué au médecin Aglaïas.—Les anciens oculistes, surtout les oculistes romains, avaient pour habitude de faire connaître l'authenticité de leurs topiques oculaires, en les conservant dans des boîtes ou vases, sur lesquels ils imprimaient un cachet qui désignait la nature de la composition et le nom de l'inventeur ou du débitant. Ils se servaient, à cet effet, de pierres sigillaires gravées. Ce sont cinq de ces cachets inédits, qu'il a découverts soit à la Bibliothèque royale, soit dans les collections particulières, que M. Sichel explique avec une lucidité et une science remarquables, en se servant des documents de l'antiquité médicale. — Dans la seconde brochure, M. Sichel publie un petit poëme grec inédit, attribué au médecin Aglaïas, de Byzance, dont il a trouvé le manuscrit à la Bibliothèque royale. Il en donne la traduction et l'explication médicale et philologique. Selon lui, ce poëme n'est que la paraphrase versifiée d'une formule d'un collyre de l'oculiste Aglaïas, formule que nous a conservée Aétius.

— L'Académie de médecine vient de nommer vingt-cinq membres correspondants étrangers. Voici leurs noms : MM. les docteurs Cloquet, en Perse; Bouros, à Athènes; Chossat, à Genève ; Gaétany-Bey, au Caire; Lessona, vétérinaire à Turin; Doubowitzky, à Saint-Pétersbourg; Verheyen, vétérinaire à Bruxelles; Hyrtl, à Vienne; Guislain, à Gand; Busscmaker, à Amsterdam ; Goupilleau, à Tampico ; Jacobi, à Bonn ; Thornstenson, à Riekiawick (Islande); Giacomini, à Padoue; Ehrenberg, à Berlin; Bright, à Londres; Ekstroëm, à Stockholm ; Racord, à Smyrne; Rosenbaüm, à Halle; Bertini, à Turin; Ismaël-Effendi, à Constantinople; Blasius, à Halle; Moulon, à Trieste; Valentin, à Zurich.

La Société royale des sciences de Gœttingue met au concours, pour 1848, la question suivante : « On désire que la nature de l'asthme spasmodique chez les adultes soit élucidée davantage, et qu'il soit surtout recherché dans quelles circonstances cette maladie peut se présenter comme une affection dépendante d'une autre altération. On demande qu'on établisse ensuite de quelle manière on peut distinguer cette maladie des autres espèces d'asthmes et des affections qui se présentent sous formes d'attaques asthmatiques »

— Le prix est de 50 ducats. Les Mémoires doivent être remis francs de port au secrétaire de la Société, avant la fin de septembre 1848.

Les inspections médicales des hôpitaux militaires et des corps de troupes viennent de commencer. La France est divisée en sept arrondissements, répartis comme il suit : 1er MM. Pasquier et Peysson; 2e Moizin et Malapert; 3e Bégin et Herpin; 4e Gasc et Hutin; 5e Alquié et Scoutteten; 6e Sandan et Paul; 7e Brault et Schlosser.

M. le docteur Cunier vient d'être nommé, par S. M. le roi des Belges, médecin oculiste de leurs altesses royales le duc de Brabant et le comte de Flandre.

Le nombre des étudiants en médecine qui ont suivi, l'année dernière, les cours de l'Université d'Athènes est de 74, celui des étudiants en pharmacie de 23.

Un musée d'anatomie pathologique vient d'être fondé dans l'hôpital de Norwich. Plus de 2,000 pièces sont déjà réunies. On y voit une collection de 597 calculs vésicaux provenant des collections de A. Cooper, Grigner, Coste, etc.

La Chambre des députés a rejeté l'allocation de fonds demandée par le ministre de l'instruction publique pour de nouvelles chaires dans les Facultés de médecine et pour l'amélioration des écoles secondaires. Cette question sera reprise lors de la présentation du projet sur l'organisation de la médecine, qui est remise à la session prochaine.

L'Université de Kiel compte à cette heure cinquante-deux professeurs et deux cents étudiants. C'est plus d'un professeur pour quatre étudiants.

L'épidémie de contractures qui s'était déclarée en Belgique a complétement cessé.

M. Pétrequin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, vient d'obtenir de la Société de médecine de Toulouse une médaille d'encouragement pour ses recherches sur l'application de la galvano-puncture au traitement des anévrysmes.

Dans sa dernière séance, l'Académie a procédé à la nomination d'un membre dans la section de médecine opératoire. M. Malgaigne a réuni, au second tour de scrutin, la majorité des suffrages et a été proclamé membre de l'Académie.

Nous avons à ajouter aux nominations de chevaliers de la Légion-d'Honneur que nous avons fait connaître, celles de MM. A. Legrand, docteur en médecine à Paris, et Bontigny (d'Evreux), chimiste et pharmacien.

TABLE DES MATIÈRES

DU TRENTIÈME VOLUME.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.



FIN DE LA TABLE DU TRENTIÈME VOLUME.